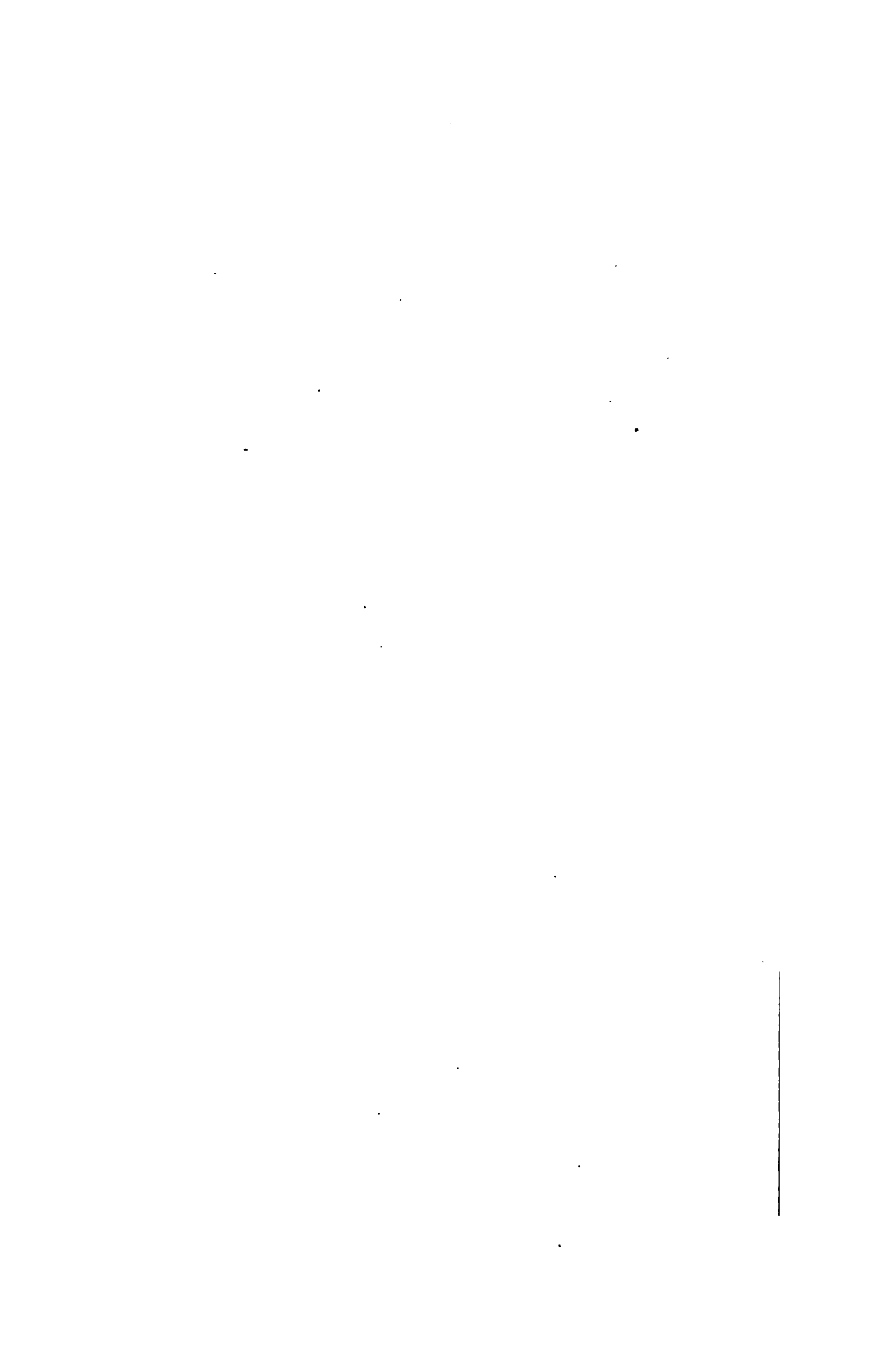




ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. ANTONELLI, BABINSKI, BALLET, BOIX, BLANCHARD,
BLIN (E.), BLOCQ, BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU,
BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CAMUSET, CATSARAS,
CHARPENTIER, CHASLIN, CHRISTIAN, [illegible]AC (J.), DEBOVE (M.),
DELASIAUVE, DENY, DUTIL, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, FRANCOTTE,
GHILARDUCCI, GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, P. JANET,
JOFFROY (A.), KERAVAL (P.), LANDOUZY, LEROY, MAGNAN, MARIE, MAUNOURY
MESNET, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, PARINAUD, PERON, PILLIET,
PIERRET, PITRES, POPOFF, RAOULT, RAYMOND (F.), RÉGNARD (A.),
REGNARD (P.), RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROTH (W.),
ROUSSELET (A.), SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SOLLIER, SOREL, SOUQUES,
SOURY (J.), TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIER (E.),
VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.), P. YVON.

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT FILS** et **G. GUINON**

Dessinateur : **LEUBA**

Tome XXIV. — 1892.

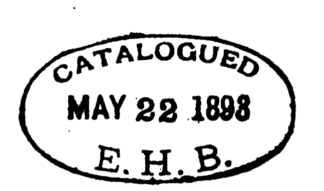
Avec une planche et 6 figures dans le texte.

PARIS

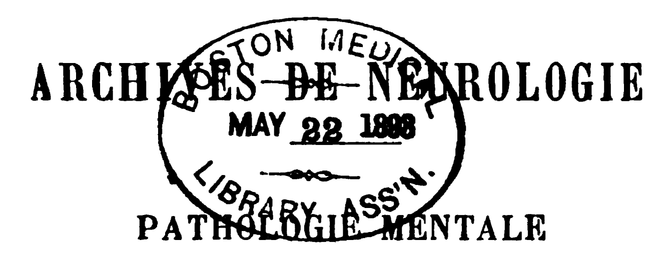
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1892


CATALOGUED
MAY 22 1898
E. H. B.

Vol. XXIV. Juillet 1892. N° 70.



ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE MENTALE

DE L'ONOMATOMANIE (suite)[1];

Par MM. CHARCOT et MAGNAN.

II. L'obsession du mot qui s'impose et l'impulsion irrésistible à le répéter.

Dans un précédent article nous nous étions occupés de cet appétit irrésistible du nom ou du mot qui pousse à la recherche angoissante, ne laissant du repos qu'au moment où le mot retrouvé donne satisfaction au centre cortical qui le réclame.

Il s'agit aujourd'hui d'un autre groupe d'onomatomanes chez lesquels le mécanisme est tout autre. Loin d'être absent, au lieu de fuir, le mot, au contraire, s'impose, se place au premier plan dans le centre perceptif dépositaire des images tonales et provoque parfois, sans nul retard, la décharge du centre moteur d'articulation. L'éréthisme de ce centre est tel qu'il échappe sinon au contrôle, du moins à l'influence

[1] Charcot et Magnan. — *De l'onomatomanie.* (La première partie a paru dans les *Arch. de Neurol.*, n° 19, sept. 1885, p. 157.)

modératrice des centres supérieurs. Si bien que le mot obsédant s'impose, dans quelques cas, comme une production parasitaire, en dehors du cours ordinaire des idées et que le malheureux patient surpris, en quelque sorte, non seulement le subit, mais est poussé malgré ses efforts, à le projeter brusquement au dehors.

Parfois, en effet, le malade parvient à réprimer l'impulsion, se lève et se retirant dans un coin, expulse, à voix basse, cette image verbale obsédante; d'autres fois, plus fortement talonné, il détourne brusquement la tête et laisse échapper le mot habituellement offensant pour l'interlocuteur; dans quelques circonstances, il parvient à étouffer le mot et à n'émettre que quelques sons gutturaux; mais, d'autres fois, l'impulsion est tellement rapide et imprévue que s'intercalant brusquement dans la conversation, le mot s'échappe avec l'irrésistibilité du tic, à la confusion du malheureux patient, impuissant à le retenir. Dans ce cas, l'image tonale est apparue d'emblée, sans autre préparation, dans le centre psycho-moteur qui l'expulse incontinent.

M. Gilles de la Tourette et l'un de nous avons eu l'occasion de citer plusieurs cas dans lesquels les paroles grossières s'associaient aux tics[1]. Ces deux phénomènes, tics et coprolalie, coexistent parfois, mais ils peuvent également se montrer isolément et quelquefois aussi, ils sont associés à l'un ou à plu-

[1] Gilles de la Tourette. — *Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. Arch. de Neurol.*, nos 25 et 26, janvier et mars 1885, p. 19 et 158.
Charcot. — *Tics et tiqueurs.* (*Trib. méd.*, 25 novembre 1888.)

sieurs des autres syndromes; ils font, en réalité, cortège à la folie héréditaire et n'en sont que des syndromes épisodiques.

L'obsession n'est pas toujours représentée par un seul mot, survenu spontanément ou recueilli dans le cours d'une lecture ou d'une conversation, elle comprend parfois plusieurs mots, une phrase traduisant une idée déterminée; mais que l'obsession émane, comme dans ce dernier cas, de la région antérieure ou du centre cortical postérieur, elle amène l'impulsion. Dans tous les cas, le calme et le soulagement suivent l'émission du mot ou de la phrase. Chez tous ces sujets la conscience reste entière. Sur trois de nos malades, avec l'obsession du mot apparu en dehors du cours des idées et l'impulsion à le répéter, se montrent également les rires et les pleurs involontaires, sans nul rapport avec l'état cénesthésique du sujet.

Observation VIII. — *Dégénérescence mentale. Alternatives d'excitation et de dépression. Hallucinations, troubles de la sensibilité générale, prédominance d'idées de persécution. Craintes du toucher. Lavages réitérés. Rires et pleurs involontaires; coprolalie.*

P..., femme L..., âgée de cinquante ans entre à l'asile clinique (Sainte-Anne), le 30 octobre 1891.

La mère était nerveuse et paraît avoir eu la crainte du toucher, elle se livrait, en effet, à des lavages réitérés; un frère est mort paralytique général, et une cousine maternelle est actuellement en traitement dans un asile pour de la mélancolie.

Mariée à trente ans, elle a toujours été bizarre et extravagante; dans son intérieur, elle était excessivement méticuleuse, d'une propreté exagérée, se fâchait si le moindre meuble venait à être dérangé, se lavait quinze fois les mains dans la journée avec du citron et était couverte d'engelures l'hiver. Dans ses relations sexuelles elle apportait les mêmes soins minutieux, au grand désappointement du mari, obligé d'attendre la fin d'apprêts inutiles et en tout cas fort inopportuns.

Elle a toujours eu de longues périodes de tristesse, alternant

parfois avec des phases d'expansion et de gaîté. A quarante et un ans, à la suite de la mort de son père elle a été prise de délire mélancolique avec hallucinations et idées de persécution : on la regardait avec mépris; on lui envoyait des chaleurs dans le bas-ventre, on la poussait à la débauche : « Tu me céderas ou tu crèveras, » lui disait un de ses insulteurs imaginaires. Cet accès nécessita un séjour de cinq mois à l'asile (1882).

Rentrée chez elle, elle reprit ses habitudes premières, tenant bien son ménage, mais exagérant toujours les soins de propreté.

Au bout de quelques mois, les idées de persécution ont reparu avec la même intensité. Elle prétendait qu'on lui enlevait les *droits* de *nature*, qu'on l'empêchait d'uriner, d'aller à la garde-robe, qu'on mettait obstacle aux relations maritales. Elle avait, en effet, un peu de vaginisme. Elle entendait dire : « Tu feras ça avec moi et non pas avec lui. » On agissait sur elle par le spiritisme, la physique, le magnétisme : quand elle souffle le feu, celui-ci s'éteint au lieu de s'allumer ; sa lampe s'éteint aussi quoiqu'elle soit bien garnie d'essence ; quand elle prend un lavement, l'eau jaillit jusqu'à son visage et c'est de l'air qui pénètre dans l'intestin. C'est probablement la vengeance d'un individu qui lui avait fait des propositions qu'elle a repoussées.

Très attristée, elle a manifesté à diverses reprises des idées de suicide; d'autres fois exaspérée, elle brise les chaises ou frappe avec un balai contre les murs pour faire cesser ses tourments.

Parfois, au contraire, elle est contente et sourit, ce sont des *Invisibles* qui lui font des compliments, lui adressent des paroles aimables, lui présentent des personnages, le comte de Paris, des généraux, etc.

On la fait rire ou pleurer malgré elle : plusieurs fois, sur le passage d'un enterrement, on la force à rire au moment où elle fait le signe de la croix ; d'autres fois au contraire on la fait pleurer dans des moments où elle est au contraire gaie.

A plusieurs reprises, des mots grossiers, orduriers lui viennent à l'esprit et elle est obligée de les répéter : « vérole, saleté de peuple, putain ». Parfois même, dit le mari, elle les prononce à très haute voix comme le ferait un perroquet.

La crainte du toucher de cette malade semble prendre ses racines dans des dispositions maladives similaires de la mère, mais les signes de la dégénérescence sont nombreux, chez elle l'onomatomanie, ses rires et ses pleurs involontaires, le vaginisme, le délire hallucinatoire d'emblée se présentent, en

effet, tantôt ensemble, tantôt séparément sous l'influence des causes les plus légères ou même sans cause déterminante appréciable.

OBSERVATION IX. — *Dégénérescence mentale. Hallucinations à sept ans; plus tard, idées mélancoliques et de persécution. A vingt-huit ans, rires irrésistibles. Onomatomanie : obsession de mots grossiers et impulsion à les prononcer.*

I.... (Berthe), âgée de trente et un an, entre à l'asile clinique (Ste-Anne) le 11 avril 1885. Son père est mort à la suite d'accidents cérébraux. Elle a fait, dans son enfance, une chute grave sur la tête; elle s'est toujours montrée nonchalante, apathique et parfois même elle prétendait être incapable de sortir de son lit. A l'âge de sept ans, elle aurait eu des visions et apercevait des personnages nus qui ne touchaient pas à terre. Depuis trois ans elle est prise, par moments, de rires involontaires qu'on ne peut expliquer. Par moments, aussi, elle est poussée tout à coup à prononcer des mots grossiers. Elle entend depuis dix-huit mois des voix qui l'interpellent et l'injurient, et il y a quelques mois elle s'est mise en chemise à la fenêtre, s'est excitée et a craché sur une de ses parentes.

Depuis sept mois, elle a l'idée de se tuer; elle s'est piqué une varice et s'est ouvert une veine à l'avant-bras droit. Elle a voulu se noyer au bois de Vincennes, mais elle n'a pas fait de tentative par crainte, dit-elle, d'être repêchée et de subir les manœuvres du sauvetage.

Elle ne sait pourquoi elle est prise de rires, ni pourquoi il faut qu'elle répète des mots grossiers. Parfois ces mots lui viennent brusquement à l'esprit et elle les prononce machinalement, d'autres fois ce sont des souvenirs de choses sales qui l'obsèdent et qui la poussent à proférer des injures ou des obscénités.

De temps à autre elle manifeste des idées de persécution, elle prétend qu'on mêle à ses aliments des flueurs blanches de femme et que la nuit, pendant son sommeil, on se livre sur elle à des actes obscènes.

Très déséquilibrée, cette malade, dès son enfance, a été en proie à des hallucinations et à du délire et ce n'est qu'après plusieurs bouffées délirantes qu'ont apparu les syndromes épisodiques, les rires irrésistibles et la coprolalie qui, depuis trois ans, se manifestent tantôt dans le cours des accès délirants, tantôt au

contraire, pendant les périodes de repos. Dans l'observation suivante, aux rires et aux pleurs irrésistibles et à la coprolalie, viennent s'ajouter des discours involontaires.

Observation X. — *Dégénérescence mentale. Déséquilibration de tout l'axe cérébro-spinal : mouvements involontaires des bras et des jambes ; rires et pleurs involontaires. Onomatomanie : obsessions de mots grossiers ; récitations involontaires. Impulsions à frapper.*

C... (Clotilde), âgée de trente ans, est une déséquilibrée chez laquelle aucune région de l'axe cérébro-spinal ne fonctionne d'une façon régulière. Tantôt elle avait, en pleine conscience, des mouvements d'une main, d'un pied que ne pouvait régler la volonté. D'autres fois, se produisaient des phénomènes inhibitoires : debout, la malade ne pouvait plus s'asseoir; assise, elle ne pouvait plus se relever. La moelle n'obéissait plus à l'influence psycho-motrice.

Dans d'autres circonstances, c'est toute la mimique d'un état passionnel, rires ou pleurs, qui surgit en désaccord avec l'état cénesthésique du sujet. Elle riait aux éclats à l'enterrement de son grand-père qu'elle avait cependant beaucoup aimé. Chez elle, la protubérance qui, d'après les expériences de Vulpian, est l'organe des expressions émotionnelles, échappait au contrôle de la région frontale. Par moments, elle prononce des mots le plus souvent grossiers qu'elle ne voudrait pas dire, si elle essaye de résister, elle éprouve du malaise, elle est angoissée ; elle les prononce alors à voix basse, ou elle remue la langue sans les prononcer. D'autres fois, elle se retire dans un lieu écarté, les prononce à haute voix et se sent soulagée. Le centre auditif de l'écorce (1re temporale) est dans un tel état d'éréthisme que l'image vient solliciter le centre moteur d'articulation qui l'expulse au dehors. Le centre auditif, le centre moteur d'articulation agissent encore ici indépendamment des centres supérieurs.

Parfois, enfin, ce n'est plus un mot, mais une série de faits divers, tout un discours qu'elle devait répéter témoignant ainsi de la déséquilibration des centres corticaux antérieurs. Ce n'est pas tout ; elle est de temps à autre poussée à frapper un inconnu, un ami, un parent ; elle résiste, s'isole, demande à être enfermée dans une chambre où elle reste quelquefois très longtemps sous le coup d'une décharge de la région psycho-motrice [1].

[1] Magnan. — *Cas de folie héréditaire : syndromes épisodiques intéressant successivement diverses régions de l'axe cérébro-spinal. — Coexistence de folie héréditaire, de délire alcoolique et de délire épileptique* (*Ann. médico-psychol.*, 7e série, t. II, 1885, p. 235.)

L'observation suivante présente également de nombreux syndromes, la crainte du toucher, le doute, l'arithmomanie, l'onomatomanie souvent associées ensemble et aussi l'agoraphobie qui se montre plus rarement avec ces syndromes.

OBSERVATION XI. — *Dégénérescence mentale, scrupules maladifs dès l'âge de quinze ans. Doute. Arithmomanie. Crainte du toucher. Onomatomanie : mots obsédants ; coprolalie. Agoraphobie.*

Mme G..., arrivée aujourd'hui à sa soixante-dixième année s'est montrée, dès l'âge de quinze ans, scrupuleuse, craintive, préoccupée de commettre un péché. Après son mariage ses scrupules augmentent et le moindre incident devient un motif de craintes et de remords. Un monsieur lui ayant pressé la taille, elle se dit coupable, se désole parce qu'elle ne l'a pas énergiquement repoussé et qu'elle ne s'est pas suffisamment rebiffée; les paroles bienveillantes de son mari ne parviennent pas à la rassurer, elle ne peut pas, dit-elle, se pardonner ces familiarités.

Elle craint constamment de pécher, mais plus elle cherche à repousser les mauvaises idées plus aussi elle se sent obsédée et poussée à penser à tout ce qui se rattache aux relations sexuelles.

Dès qu'elle aperçoit un objet arrondi, un long bouchon par exemple, elle ne peut s'empêcher de songer à la verge de l'homme. Elle s'empare d'un mot, d'une syllabe ou d'une lettre d'un mot, pour composer un des mots qui lui sont le plus pénible, ainsi le nombre cinq lui est fort désagréable parce que la première lettre C la pousse, dit-elle, à former le mot *cul* et la lettre Q, le mot *queue.* Aussi lorsqu'elle voit devant elle cinq objets, cinq assiettes, cinq bouteilles, etc., elle s'empresse d'en demander une sixième pour ne pas avoir à réfléchir au nombre cinq ou à le prononcer. Elle n'ose pas lire de crainte d'être entraînée à composer des mots orduriers. Elle surveille tous ses actes et se voit obligée à de grands efforts pour ne pas y trouver prétexte à des préoccupations sexuelles. Ainsi l'introduction du lorgnon dans son étui l'émotionne parce que, immédiatement elle se représente la copulation et qu'elle est obligée de lutter vigoureusement pour repousser cette idée.

Sauf son mari, elle craint le contact de tous les hommes, se lave dès qu'elle a touché la main d'un parent, d'un ami, et plus tard, elle en arrive à mettre des gants et à ne présenter qu'une main gantée quand elle doit toucher la main d'un homme ou toucher un objet qui vient d'être touché par un homme.

Cette crainte du contact d'un homme qui s'exagère, même après

la ménopause, lui est suggérée, dit-elle, par l'idée que celui-ci ayant touché sa verge pourrait déposer sur ses mains du sperme qu'à son tour, elle pourrait, par mégarde, porter sur ses organes génitaux.

La nuit, elle s'assure de la fermeture hermétique de toutes les portes et fenêtres, barricade sa cheminée, pour se défendre contre l'approche d'un homme. Elle pousse la crainte, jusqu'à s'inquiéter de la fêlure d'une vitre de la fenêtre qui pourrait donner passage à la semence de l'homme; elle reconnait que c'est absurde, mais elle n'en a pas moins peur.

Tous les soirs, avant de se coucher, elle sonne son domestique, elle exige qu'il reste derrière la porte, parfois des heures entières pour répondre à ses questions monotones : les portes sont-elles bien fermées? Avez-vous bien donné deux tours de clef? avez-vous vérifié telle ou telle porte, telle ou telle fenêtre? N'en avez-vous oublié aucune? Souvent non satisfaite de ses interrogations verbales elle fait passer sous la porte des bouts de papier sur lesquels, elle renouvelle ses recommandations et pour être certaine que le domestique n'a pas de distraction et répond, après réflexion, à ses demandes, elle l'oblige à ne répondre qu'après un silence de cinq, dix ou quinze minutes, parfois même une pause plus longue. Elle passe ensuite aux recommandations pour le feu, et permet alors de se coucher mais parfois tous ces discours ne s'achèvent que vers trois ou quatre heures du matin.

Tout son personnel bien dressé a pour mission de se prêter à ses bizarreries, d'obéir sans réplique et d'éviter ainsi les angoisses qui ne manquent pas de se produire lorsque, par hasard, elle ne reçoit pas de réponse à une interrogation.

Le plus souvent, elle fait étaler un grand châle sur son lit et s'y installe sans se déshabiller; elle consent rarement à laisser faire son lit. Quand elle veut se coucher dans les draps ou changer de linge, elle se déshabille lentement, prenant grand soin de ne pas se découvrir, et demande avec inquiétude à sa femme de chambre si elle n'a pas aperçu ses mollets ou ses genoux. Il faut que celle-ci réponde négativement, et après de minutieuses précautions, elle se glisse dans le lit, enveloppée dans une longue chemise. Elle conserve habituellement ses vieux vêtements et il lui est arrivé plusieurs fois de laisser de côté ses robes neuves, touchées par un homme ou déposées dans un endroit suspect.

Elle n'a jamais fait un traitement régulier, son mari et, à la mort de celui-ci, ses enfants, se sont évertués à donner pleine satisfaction à ses exigences maladives qui ont ainsi suivi une marche progressive.

Depuis quinze ans, elle reste presque toujours confinée dans une chambre qu'elle a choisie dans un lieu retiré de son vaste hôtel; on y arrive par un petit escalier, les fenêtres restent closes nuit et

jour, on ouvre quelquefois les châssis, mais jamais les contrevents; la chambre est éclairée habituellement par une veilleuse, de temps à autre on allume une bougie. De tous côtés se trouvent amoncelés des paquets renfermant des bouts de papier, des chiffons, des journaux, toute sorte d'objets bien étiquetés, destinés à un examen qu'ils ne subissent jamais et les paquets continuent à s'accumuler.

Elle se décide un jour à recevoir le médecin, et après une attente de quelques minutes pendant laquelle elle s'informe auprès du domestique, si le visage du médecin lui sera sympathique, et sur une réponse affirmative, elle frappe six petits coups sur la serrure un septième coup sur le bouton et elle ouvre. Elle s'empresse de s'excuser du désordre de sa demeure, c'est, dit-elle, « un vrai capharnaüm; est-ce étrange? je ne puis pas faire autrement ». Elle porte des gants doublés mais elle consent à se laisser tâter le pouls et finit même par se soumettre à un examen assez complet.

En dehors du doute, de l'onomatomanie, de la crainte du toucher, de l'arithmomanie, elle est agarophobe et parfois même dans sa chambre, elle doit s'appuyer contre les meubles. Au dehors, elle ne peut pas marcher sans s'appuyer sur le bras d'un domestique.

Dans les dernières années, elle devient coprolalique; elle profère malgré elle, des blasphèmes ou des paroles injurieuses. Devant le médecin elle dit tout à coup : « Je me fous de Dieu, » « le Christ est un cocu, » « la vierge est cochonne, » puis un instant après elle reprend : « G... (son mari) est cocu », et les larmes aux yeux elle *s'écrie* : En voilà une torture! Être obligée d'injurier Dieu et ce que j'ai eu, dans ce monde, de plus cher, mon pauvre mari! Parfois aussi, il lui échappe en parlant de son mari : « Je te maudis! je te maudis! » tandis qu'elle conserve pour sa mémoire le plus pieux et le plus affectueux souvenir. De temps à autre encore, quand elle parle à un de ses bons et vieux serviteurs, elle laisse échapper brusquement au milieu de la conversation : « Tu es un cocu. »

Parfois elle prononce ces mots grossiers à voix basse; elle essaie quelquefois même de les retenir, mais elle n'y réussit point, elle est prise d'angoisse et elle doit les prononcer.

Pendant la conversation, elle surveille tous les mots, fait attention aux paroles de l'interlocuteur pour repousser toute expression qui pourrait donner prétexte à une idée obscène.

Plusieurs médecins avaient conseillé l'éloignement de la famille et le placement dans un établissement spécial pour combattre successivement ces différents syndromes, mais sur le refus de la famille non seulement pour le déplacement mais même pour le changement du personnel habitué à obéir sans réplique, tous les essais de traitement n'ont amené que de faibles améliorations et toujours passagères.

Avec beaucoup de peine, on obtenait quelques promenades au dehors, des repas à heure plus régulière, le repos la nuit dans le

lit, parfois même l'administration d'un bain, mais le moindre incident faisait promptement abandonner ces pratiques d'hygiène et les habitudes maladives reprenaient leur empire.

Ce cas fort instructif donne une idée de la marche en quelque sorte naturelle des syndromes épisodiques livrés à eux-mêmes. Dès l'âge de quinze ans, cette déséquilibrée présente les premières manifestations de la folie du doute. Très gâtée par ses parents, on lui laisse passer ses *petites manies*. Elle se marie à dix-huit ans, et son mari dès les premiers jours, se plie à toutes ses fantaisies; au doute s'ajoutent bientôt l'arithmomanie, la crainte du toucher, l'onomatomanie, plus tard l'agoraphobie, les obsessions et les impulsions deviennent de plus en plus impérieuses et pressantes, et la malade de plus en plus craintive et affolée finit par se confiner dans un coin retiré de son habitation où elle ne veut plus recevoir personne. On consulte beaucoup de médecins mais sans suivre leurs conseils. Dès qu'on aperçoit la moindre angoisse, on s'émeut, on s'inquiète et coûte que coûte, satisfaction est donnée à toute obsession. Un jour, on envoie de Paris dans un petit village de la Toscane, un domestique avec mission d'examiner les fermetures de la fenêtre d'une chambre que Mme G... avait occupée, une nuit, dans un hôtel où l'on avait été obligé de s'arrêter en voyage. Mme G... veut être certaine que personne ne pouvait pénétrer dans la chambre, une fois les volets et les persiennes fermés; on devait aussi s'assurer qu'aucune vitre des châssis ne présentait de fêlure et que rien n'avait pu se glisser dans la chambre et la souiller pendant son sommeil.

Une dégénérée de trente-trois ans, L... (Aglaé),

dont l'un de nous a déjà eu à rappeler les nombreux syndromes (kleptomanie, kleptophobie, crainte du toucher, folie du doute, aberrations sexuelles) avait également l'obsession du mot et l'impulsion à le répéter[1]. Les mots *chameau, putain, salope*, s'imposaient à son esprit, elle ne les entendait pas, mais ils se présentaient brusquement dans sa pensée et se plaçaient au premier plan. Elle se sentait poussée à les prononcer, et quand elle résistait, l'angoisse devenait si grande qu'elle se voyait forcée de les projeter à haute voix au dehors.

OBSERVATION XII. — *Dégénérescence mentale. Hallucinations. Troubles de la sensibilité générale. Idées ambitieuses et de persécution. Onomatomanie. Obsession du mot. Impulsion à le répéter.*

C... (Yves), professeur dans un collège, âgé de trente et un ans, est entré à l'asile clinique (Sainte-Anne), le 23 février 1891.

Sa mère, névropathe, a eu des attaques convulsives jusqu'à l'âge de dix-huit ans; il a présenté lui-même des convulsions dans son enfance jusqu'à dix ans. Laborieux, intelligent, il a fait de bonnes études; toutefois on le trouvait trop sérieux pour son âge; il jouait peu avec ses camarades, on avait remarqué également qu'il se rongeait complètement les ongles.

A vingt-quatre ans, il devient plus sombre, plus renfermé, et pendant les vacances il se confine dans sa famille ne recherchant plus du tout la société de ses amis.

A vingt-six ans, il prétend qu'on trouble son sommeil, qu'on déplace ses bras pendant qu'il dort, qu'on agit sur lui par l'électricité à *distance* et par *influence* sans que l'on ait besoin de piles ni de fils électriques rapprochés de son corps. Il prétend qu'on lit dans sa pensée, puisque ses collègues s'emparent des sujets d'étude déjà choisis par lui. Dans la rue, on lui donne des picotements à la peau, on tiraille ses vêtements, ce sont là, dit-il, des phénomènes provoquées par l'électricité. Celle-ci est appliquée aussi à sa bouche, à ses mâchoires, à ses lèvres, qui remuent malgré lui, pouvant laisser deviner au dehors ce qu'il pense.

Il ressent au crâne des tiraillements qui diminuent par la coupe

[1] Magnan. — *Etude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés.* (*Revue scientifique*, 26 février 1881.)

des cheveux, favorable à l'écoulement du fluide électrique. On lui comprime aussi les poumons, on lui refroidit l'œsophage, on lui tasse et on lui rapetisse la colonne vertébrale, on lui lance des *coups de vide* dans la poitrine. Il prétend que le tassement de sa colonne vertébrale s'est produit au moment même d'un accident de chemin de fer signalé le lendemain dans les journaux, mais qu'il avait pressenti par la douleur. Parfois les décharges électriques, au lieu de le refroidir, le réchauffent et lui font du bien.

Il raconte qu'on lui envoie, par des tubes à travers le mur, des odeurs qui stimulent son cerveau et provoquent de l'excitation génitale.

Autour de sa maison, on a installé de nombreux miroirs qui reproduisent, dit-il, tout ce qu'il fait, et des téléphones qui divulguent ses paroles et ses idées que les publicistes, les députés, tout le monde lui vole. Il entend parfois des injures, d'autres fois des paroles flatteuses telles que : « C'est Victor Hugo », il est sans doute appelé, dit-il, à un grand avenir, il pourra être député et ministre. Il est tourmenté par la résonnance de certains bruits extérieurs venant se répercuter dans ses narines. Parfois un battement électrique se produit, dit-il, dans l'oreille ; un bruit, un rire, un mot entendu indistinctement, viennent par une association de l'oreille et du nez, éclater dans la cavité nasale. Non seulement ces bruits existent eux-mêmes, mais ils en éveillent d'autres en puissance dans le nez. Ces bruits prennent parfois la forme de la voix articulée, et ce sont tantôt des mots insignifiants tels que *copie*, d'autres fois des mots injurieux, le mot *pédéraste*, par exemple, ces derniers proviennent de gens à mœurs inavouables qu'il a stigmatisés. Quelquefois il se sent, malgré lui, poussé à répéter ces mots, et après avoir vivement résisté, il finit par les prononcer en détournant la tête. D'autres fois, ces mots s'intercalent brusquement dans sa conversation et s'échappent sans lui laisser le temps de se détourner.

Non seulement il perçoit, dit-il, des résonnances nasales, mais par une sorte de vibration du nez qui se transmet au nerf optique, on lui met dans le nez des visions de femmes. Il en était parfois très ému, et on l'entendait crier : « Encore cette femme qui vient dans mon nez ! »

Pour diminuer ces résonnances, pour amortir ces bruits, pour empêcher d'entendre les mots qu'il était forcé parfois de prononcer, et aussi pour empêcher qu'on ne lise sa pensée sur ses lèvres, il enveloppait son visage dans un grand cache-nez qu'il ne quittait même pas pendant l'été, et qui finit par provoquer les plaisanteries des élèves et rendre son enseignement impossible.

S'imaginant que la franc-maçonnerie était pour quelque chose dans ses tourments, il a porté plainte au Grand-Orient, puis il a

adressé des lettres au Préfet de police, au Procureur de la République, prétendant qu'on lui enlevait l'*air respirable*, et enfin, après une dernière démarche qu'il a faite à la préfecture, il a été envoyé à l'asile.

Chez ce dégénéré les délires ambitieux et de persécution se sont développés simultanément, s'accompagnant d'hallucinations et de troubles de la sensibilité générale. L'onomatomanie s'est présentée surtout sous forme d'obsessions et d'impulsions coprolaliques; mais on ne peut s'empêcher de relever les visions et les voix nasales. Tous les centres perceptifs encéphaliques, on le sait, quoique indépendants les uns des autres, communiquent néanmoins entre eux par des faisceaux de fibres d'association qui établissent une certaine solidarité grâce à laquelle nos perceptions se complètent rapidement. Les hallucinations olfactives s'étaient développées de très bonne heure et certaines odeurs imaginaires provoquaient l'érection, c'est là sans doute la cause des visions de femmes à la suite d'une sensation olfactive favorable à l'excitation sexuelle. Cette sorte d'olfaction visuelle semble, en effet, s'expliquer chez C... par l'influence de certaines odeurs sur l'appareil génital et le réveil simultané de l'image de la femme; la représentation visuelle surgit avec la représentation olfactive.

Observation XIII. — *Dégénérescence mentale. Délire polymorphe très actif à la suite d'abus de boissons. Onomatomanie. Obsessions des mots grossiers et impulsions à les répéter. Doute.*

R... (Jean), âgé de cinquante-deux ans, entre à l'asile clinique (Sainte-Anne), pour la troisième fois, le 20 octobre 1888.

Son père s'adonnait à l'ivrognerie, son frère est bizarre original. Quant à lui, il a été constamment déséquilibré, il a fait, de bonne heure, des excès de boissons qui ont provoqué non le délire toxique

habituel, mais de la dépression mélancolique avec idées de persécution ou de l'excitation avec des idées ambitieuses.

A sa dernière entrée, il est triste, en proie à des préoccupations hypochondriaques et à des idées de persécution; il prétend qu'on le poursuivait, que les curés lui en veulent, qu'ils l'empêchaient de travailler et détournaient les clients de son café. Au bout de quelques jours, le délire perd de son activité, mais quelques idées de persécution persistent.

Depuis cinq ans, il lui arrive fréquemment d'être poussé, tout d'un coup, à dire une injure à une personne avec qui il cause, ou même, dans la rue, à un passant. Plusieurs fois, le mot « putain » lui vient sur les lèvres quand il rencontre une femme et particulièrement une personne respectable. Il fait de grands efforts pour ne pas le prononcer; quelquefois, il réussit à l'articuler doucement, la bouche fermée; mais d'autres fois le mot s'échappe brusquement.

Pendant qu'on l'interroge, il paraît tout à coup inquiet, préoccupé; un petit bruit guttural se fait entendre, L... détourne immédiatement la tête, et son visage exprime un profond désappointement. Pressé de répondre, il dit que c'est une grossièreté qu'il a dû laisser échapper, et qu'il s'est détourné pour la chasser au loin, qu'il ne se permettrait pas de l'adreser au médecin pour qui, ajoute-t-il, il a un profond respect. Un instant, après la même mimique recommence, et il finit par raconter que c'est le mot « cochon » qu'il est forcé de prononcer malgré lui, et que c'est avec beaucoup d'efforts qu'il est parvenu à le dire à voix basse; il se trouverait, affirme-t-il, en face d'un canon de fusil qu'il ne pourrait pas retenir le mot. Quand il l'a prononcé, il se sent soulagé.

Ces mots lui arrivent parfois sans qu'il y pense, mais d'autres fois ils sont présents dans son esprit, l'obsèdent, et il ne peut s'en débarrasser, d'autres fois encore, il croit les entendre dans l'estomac, et enfin quelquefois il les entend par l'oreille comme s'ils venaient du dehors, mais quel que soit le mode d'apparition du mot il se sent poussé à le répéter.

Si quelqu'un chante près de lui, il lui semble que les chants se répercutent comme une sorte d'écho dans son estomac, et s'il s'agit de chansons grivoises, il est poussé irrésistiblement à les répéter.

Il est parfois vivement impressionné par la lecture des faits divers surtout quand il s'agit de vols ou de meurtres; le sujet lui en revient fréquemment à l'esprit surtout pendant la nuit; il ne peut s'empêcher de se laisser aller à une série infinié d'interrogations, se demandant s'il n'en est point la cause. Cette recherche le trouble et l'angoisse, il reconnaît que c'est absurde, mais il ne peut pas cesser de se poser des questions.

Ce cas est intéressant par son délire polymorphe qu'éveillent les excès de boissons, et au point de vue spécial qui nous occupe, il n'en est pas moins curieux, car il nous montre l'embarras profond du malheureux onomatomane qui lutte pour refouler les grossièretés intempestives ; il exprime bien le caractère impulsif de l'acte quand il dit : « même devant le canon d'un fusil je ne pourrai pas retenir le mot. »

Observation XIV. — *Dégénérescence mentale. Hallucinations bilatérales. Idées ambitieuses et de persécution. Onomatomanie. Mots obsédants à caractère grossier.*

P... (Constant), garçon de magasin, âgé de trente-six ans, entre à l'asile clinique (Sainte-Anne), le 2 novembre 1891.

On ne sait rien de précis sur la famille du père, mais un oncle maternel est affecté d'un pied bot et d'un bec-de-lièvre; un deuxième oncle maternel est faible d'esprit et sourd; la mère est un peu nerveuse. Surprise par les douleurs de l'enfantement, en pleine campagne, elle est accouchée de Constant sur une route. P... (Constant) a eu des convulsions dans son enfance et a uriné au lit jusqu'à dix ans; toujours sombre, triste, il apprenait difficilement, vivait à l'écart et ne jouait pas avec les camarades qui, du reste, se moquaient de lui. Il a fait son service militaire, mais n'a pas été gradé. Marié deux fois, il a été malheureux avec sa seconde femme et en était séparé depuis deux ans. Il est devenu, il y a trois mois, plus triste que de coutume, il dormait mal, entendait parler plusieurs individus qui tenaient des propos tantôt gais, tantôt désobligeants; ces voix le suivaient dans son travail et répétaient tout ce qu'il faisait. C'est par l'oreille gauche habituellement qu'il entendait les discours agréables, les injures, au contraire, lui venaient par l'oreille droite[1].

De temps à autre, il est poussé irrésistiblement à prononcer des mots qu'il ne voudrait pas dire, tels que « cochon, crapule, canaille, misérable ». Il fait tous ses efforts pour se retenir, mais il éprouve alors des *sueurs et des froideurs* par tout le corps; il est énervé, agacé, il se sent, dit-il, comme serré, comme pressé, et il montre le creux épigastrique.

Parfois, il s'arrête dans un coin, ou se tourne vers un arbre ou un mur, et là, dit-il, il se décharge, il prononce rapidement et plu-

[1] M. Magnan. — *Des hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté.* (*Arch. de Neurol.*, n° 18, novembre 1883.)

sieurs fois les mots grossiers, et il se sent soulagé. Quelquefois, il n'ose pas s'arrêter dans la rue, et il s'empresse de rentrer chez lui pour prononcer ces mots; enfin, dans quelques circonstances, il parvient à obtenir du repos en les prononçant à voix très basse en remuant à peine la langue et les lèvres.

Ici encore l'angoisse accompagne la résistance à l'impulsion et le malade trouve une solution convenable en se détournant vers un arbre ou un mur pour expulser les paroles ordurières.

Un malade de M. Maudsley, qui, avec la folie du doute présentait de l'arithmomanie et de la coprolalie avait fini, pour ne pas prononcer des mots obscènes, par se résoudre à immobiliser la langue avec les dents.

« Excepté lorsque mon esprit est tout entier occupé à une affaire, je suis forcé, comme par une nécessité physique, de proférer des blasphèmes ou des paroles obscènes. Quand je passe dans les rues ou que quelqu'un entre dans l'appartement où je me trouve, une de ces paroles se présente à mon esprit et demande, pour ainsi dire à être exprimée; tout effort conscient semble augmenter le mal, et évidemment bien que je sois forcé de me surveiller constamment, mon excitation augmente. Je ne sais parfois si j'ai parlé ou non, car, quelque bizarre que cela semble, la pensée se présente avec tant de force à mon esprit, et le malaise qu'elle produit absorbe tant mon attention que je ne sais qui croire de mes oreilles ou de mes lèvres. La seule assurance que je puisse me donner, c'est de fixer littéralement ma langue, de la mordre avec les dents et de la rendre ainsi physiquement incapable de prononcer un mot distinct. » (*Pathologie de l'esprit*, p. 235.)

La malade M... femme H... dont nous allons résumer l'obervation est une dégénérée avec folie morale et accès mélancoliques. Son intempérance a été suivie de délire alcoolique, mais elle n'a présenté qu'un seul syndrome à base d'obsession et d'impulsion, la coprolalie.

Observation XV. — *Dégénérescence mentale. Perversions morales. Accès mélancoliques alternant avec du délire alcoolique. Coprolalie.*

M..., femme H..., âgée de cinquante-deux ans, entre à l'asile clinique (Sainte-Anne), le 19 mars 1885.

Bizarre, extravagante, toute sa vie, elle s'adonnait à l'ivrognerie. Elle a eu neuf enfants, dont six sont morts en bas âge, des trois survivants, l'un est faible d'esprit et blèse. Dépourvue de tout sens moral, elle envoyait ses enfants voler à l'étalage, et elle donnait, vendait ou se servait des objets volés. Elle a été prise, à diverses reprises, de délire alcoolique avec hallucinations effrayantes, elle voyait des têtes de singe, des bêtes féroces, des serpents, quelquefois les cadavres de ses enfants.

Plusieurs fois elle a eu des accès de mélancolie, elle était découragée, sans force, se sentait incapable de travailler, et, dans ces moments, elle se reprochait sa conduite et voulait se suicider. Plusieurs fois aussi, elle se sentait poussée à tuer ses enfants, elle ne sait comment ces idées lui venaient, mais elle en était vivement affectée.

Depuis quelque temps, elle est tout à coup poussée à prononcer des mots grossiers qu'il lui est impossible de retenir.

Dans la dernière observation de ce groupe, nous trouvons réunis, le délire hypochondriaque, la folie du doute et l'onomatomanie.

Observation XVI. — *Dégénérescence mentale. Scrupules. Préoccupations hypochondriaques. Folie du doute. Interrogations mentales fréquentes. Onomatomanie. Mots obsédants. Coprolalie.*

Mme R..., âgée de vingt-six ans, dont le père, beaucoup plus âgé que la mère, est affecté d'un tic de la face, s'est montrée scrupuleuse et très méticuleuse dès l'âge de douze ans. Elle habitait la

campagne, et, de très bonne heure, elle donnait des conseils aux paysans pour leur santé, et les traitait par l'homéopathie. Quand les malades ne guérissaient pas, elle se reprochait de les avoir mal soignés, s'imaginait être cause de l'aggravation de leur mal, et en éprouvait une vive inquiétude.

La mort subite d'un de ses parents provoqua, chez elle, une violente émotion, et fit naître dans son esprit la crainte de la mort. Elle surveillait les battements de son cœur et redoutait les moindres palpitations, même celles que pouvait provoquer un exercice un peu actif. La nuit elle s'efforçait de ne pas dormir trop profondément, afin de pouvoir surveiller ce qu'elle appelait l'artère du sommeil — une des carotides — les battements pouvaient, disait-elle, s'arrêter subitement et entraîner la mort. Elle redoutait aussi un ténia imaginaire dont elle se croyait atteinte.

Depuis longtemps elle se sentait poussée à rechercher la solution de questions qu'elle se posait, sans cesse, sur l'origine du monde, sur la Trinité, sur Dieu, etc. Dans ses interrogations fatigantes, si elle ne trouvait pas une solution satisfaisante, elle était prise d'angoisse, la sueur couvrait son front, le cœur battait avec force, elle se sentait oppressée et sur le point de se trouver mal.

Fréquemment, elle était obsédée par l'apparition dans sa pensée de mots grossiers, injurieux, qu'elle se sentait poussée à répéter : c'était le plus souvent les mots « cochon, diable », et parfois le mot « Dieu » qui surgissait à côté des premiers ; c'était, dit-elle, comme un blasphème. De même, un jour le mot « cochon » était sur ses lèvres au moment où elle mangeait du pain bénit ; elle en était extrêmement émue, mais ne pouvait pas s'empêcher de le prononcer. (*A suivre.*)

LA PARALYSIE GÉNÉRALE SPINALE DIFFUSE SUBAIGUE DE DUCHENNE (DE BOULOGNE) REPRÉSENTE-T-ELLE UN TYPE CLINIQUE DISTINCT DE MYÉLITE DIFFUSE ?

Par le Dr LEROY,

Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

On sait que Duchenne (de Boulogne) a groupé sous le nom de *paralysie générale spinale subaiguë* les deux variétés de myélopathie suivantes :

1° La paralysie générale spinale antérieure subaiguë;

2° La paralysie générale spinale diffuse subaiguë.

Vulpian, dans son *Traité des maladies du système nerveux*, admet l'existence de la première de ces deux formes de Duchenne, mais il se refuse à reconnaître la seconde comme une espèce à part. Il considère les faits de Duchenne comme des cas de myélite diffuse subaiguë qui ne se distinguent d'autres cas de cette maladie que parce que les cornes antérieures de la substance grise ont été plus altérées dans ces cas que dans d'autres.

Quant à la première forme, elle est depuis quelque temps déjà l'objet d'une attention toute particulière. Depuis l'avènement des polynévrites généralisées, sa constitution a quelque peu souffert, mais son démembrement n'est pas complet. Au contraire, ce type de Duchenne nous reste comme une entité morbide bien définie, mais sa distinction au lit du malade est devenue très difficile, sinon impossible pour le moment, car on sait maintenant que le syndrome paralysie générale spinale de Duchenne peut répondre à des altérations portant tantôt sur le système nerveux périphérique, tantôt sur le centre médullaire. Bien que Leyden l'ait niée et ait voulu la ranger dans le cadre des névrites multiples périphériques, ce type de paralysie spinale amyotrophique n'en existe pas moins, les preuves anatomiques sont là qui le démontrent. Son histoire s'est seulement un peu compliquée dans ces dernières années au point que, actuellement, la question du diagnostic différentiel entre la paralysie générale spinale antérieure subaiguë de Duchenne et la polynévrite gé-

néralisée à forme de paralysie générale spinale antérieure subaiguë de Mme Déjérine devient une affaire très épineuse.

Quant à la deuxième forme de Duchenne, la paralysie générale spinale diffuse subaiguë, Vulpian examinant d'une façon très attentive la plupart des cas qui ont été publiés comme tels depuis Duchenne, n'en laisse aucun debout. Par une analyse critique, il montre que tous les cas dénommés ainsi sont des exemples de myélite diffuse subaiguë. Il fait remarquer toutefois que ces myélopathies se distinguent de la myélite subaiguë habituelle en ce que dans ces cas de Duchenne, les cornes antérieures paraissent être plus altérées que dans les autres.

Assurément Vulpian a eu raison de critiquer Duchenne, surtout quand ce dernier assigne à la forme morbide qu'il veut dégager, une anatomie pathologique qui est l'ensemble le plus complet des lésions qui caractérisent la myélite diffuse. Il rapporte les douleurs à une méningite spinale, la parésie, la paralysie à un travail inflammatoire des cornes antérieures, les contractures et les raideurs articulaires à une sclérose des cordons latéraux, les altérations plus ou moins grandes de la sensibilité à une lésion des cornes postérieures, les troubles fonctionnels de la vessie et du rectum à une grande diffusion de la lésion spinale. Comme on le voit rien de plus typique comme diffusion que ces altérations qui s'étendent à toutes les parties constituantes de la moelle. En outre, Duchenne y ajoute la méningite, ce qui fait qu'il eut mieux fait d'appeler cette affection une méningo-myélite. Duchenne, sur ce point anatomique, n'a pas été heureux. Mais s'ensuit-

il de là qu'on ne puisse rencontrer une myélopathie qui réponde trait pour trait au tableau qu'il a donné de sa paralysie générale spinale diffuse subaiguë qui consiste dans la combinaison de certains phénomènes médullaires avec les symptômes typiques de la paralysie générale spinale diffuse subaiguë?

Le fait suivant présente une telle analogie symptomatologique avec la deuxième variété de Duchenne, qu'on peut se demander si la paralysie générale spinale diffuse subaiguë ne représente pas un type à part de myélopathie. On y rencontre en effet : 1° le syndrome clinique de la paralysie générale spinale antérieure subaiguë (paralysie avec amyotrophie des quatre extrémités avec participation des nerfs crâniens); 2° des troubles paralytiques des sphincters, une eschare sacrée et des troubles de la sensibilité.

Vulpian admet la poliomyélite subaiguë de Duchenne, à la condition que ce type soit revêtu de son caractère de pureté et que cette myélite systématique ait son processus morbide uniquement cantonné dans les cornes antérieures de la substance grise. Cela n'empêche pas cet auteur d'admettre que, chez certains malades, ce processus peut franchir ses limites habituelles et se propager soit aux autres parties de la substance grise, soit même aux faisceaux de la substance blanche. La maladie perd alors, dit Vulpian, dans une certaine mesure, sa physionomie caractéristique et il est presque impossible, si les renseignements sont incertains, d'établir un diagnostic. Le cas ci-après nous paraît être une de ces déviations de la poliomyélite subaiguë, comme l'admettait Vulpian et justifierait assez bien l'existence de la deuxième variété établie par Duchenne.

Il consisterait dans l'extension du processus des cornes antérieures à d'autres parties de la moelle. Vulpian, d'ailleurs, ne nie pas complètement l'existence clinique de la paralysie générale spinale diffuse subaiguë et voici comment il s'exprime à ce sujet. « Assurément, il y a des cas de myélopathies dans lesquelles se produisent tous les symptômes indiqués par cet auteur (Duchenne), comme caractérisant le type qu'il voulait établir, mais ce sont des cas qui ne se distinguent pas par des caractères bien nets des faits ordinaires de myélite diffuse chronique ou de sclérose combinée. »

Paralysie avec atrophie généralisée aux quatre extrémités. — Diplopie, chute de la paupière supérieure à droite, déviation du globe oculaire en dehors de ce côté. — Affaiblissement de l'action des muscles des lèvres, léger nasonnement dans la prononciation. — Altération du sphincter vésical, parésie-rectale. — Eschare sacrée. — Mort par complications inflammatoires des voies urinaires.

Homme de trente-deux ans, employé aux tramways. Rien à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Le début de sa maladie remonte au 2 décembre 1890 et a commencé de la façon suivante : Jusqu'à cette époque, cet homme était bien portant et avait un service qui l'occupait toute la journée jusqu'à une heure tardive de la soirée. Il se couche comme d'habitude entre onze heures et minuit, sans avoir remarqué rien de particulier dans son état. Le lendemain, lorsqu'il essaie de se lever, il éprouve un état de faiblesse tel dans les jambes que s'il veut avancer de quelques pas sur le parquet de sa chambre il chancelle et ne peut se tenir debout. A partir de ce moment, la marche et la station sont impossibles, et la paralysie des membres inférieurs le force à rester au lit. Dix jours après, le sphincter de la vessie se prend ; il survient de la rétention d'urine et on fut dès lors obligé de le sonder.

Trois semaines après le début de la maladie, la paralysie gagna les membres supérieurs et fut surtout marquée aux mains et aux avant-bras.

Bientôt après ces derniers accidents, son œil droit fut atteint et la chute de la paupière supérieure survint en même temps qu'il voyait double.

Au cours de tous ces accidents, un travail escharotique avait

lieu au niveau du sacrum et à l'époque où nous vîmes le malade (22 janvier 1891), il y avait en ce point un eschare dans le creux de laquelle on pouvait loger une mandarine.

C'est dans cet état, réduit au décubitus dorsal, ne pouvant remuer ni jambes, ni se servir de ses mains que le malade se décidait à se faire porter à l'hôpital. Mais, vu l'encombrement, il ne fut pas reçu et fut reconduit chez lui. Le début de l'affection paraît avoir été accompagné de phénomènes fébriles assez intenses; il y aurait eu à ce moment de l'engourdissement surtout marqué dans la moitié gauche du corps.

ETAT ACTUEL (22 janvier 1891). — *Membres inférieurs.* — Le malade est dans le décubitus dorsal le plus complet; il ne peut remuer les jambes et c'est à peine si, quand il fait des efforts, on perçoit un léger mouvement de latéralité du pied droit en dedans. Dans ces phénomènes d'efforts, on remarque des mouvements fibrillaires et fasciculaires dans les masses musculaires de la partie antérieure de la cuisse gauche.

Etat de la motilité. — La paralysie de la motilité est absolue dans les membres inférieurs; quand on le lève sur une chaise, les jambes pendent inertes. Les muscles du mollet et de la cuisse sont flasques et ont considérablement maigri.

L'atrophie est très prononcée, bien que la forme des membres soit encore un peu marquée, c'est-à-dire qu'elle n'est pas squelettique. Les pieds sont déformés, déviés et étendus, mais la chute n'est pas tout à fait prononcée. De plus il n'y a point de déviation du gros orteil en dedans, ils sont en attitude vicieuse moyenne.

Etat de la sensibilité. — Sensibilité générale.

Le malade n'accuse aucune douleur pas plus dans les membres inférieurs que dans les autres parties du corps. A aucune époque de sa maladie, il n'a éprouvé de douleurs ni continue, ni spontanée, et jamais aucun mouvement involontaire dans les parties malades. Ni spasme, ni contractures, ni crampes.

L'exploration des différents modes de sensibilité donne les résultats suivants. Si l'on presse en masse les muscles de la cuisse ou de la jambe, on détermine chez le patient une certaine impression; mais cette pression quoique forte ne produit qu'une sensation obtuse et non pénible.

La pression le long des trajets nerveux est pénible et assez douloureuse sur le crural, le sciatique et au creux poplité.

La perception du contact du doigt est restée nette, le malade indique avec une précision satisfaisante l'endroit où on le touche quel que soit le point de la peau des membres inférieurs.

La sensibilité à la piqûre est diminuée, mais non abolie. Si avec une épingle on pique la peau du malade en divers endroits des membres inférieures, le malade perçoit bien la piqûre, mais la

sensation qu'il restent n'est pas douloureuse et il n'accuse que la sensation de l'ongle qui tracerait une ligne sur la peau. En certains points cependant la piqûre se fait sentir un peu plus vivement; mais alors la perception subit un certain retard. La douleur ne s'est montrée que d'une façon tout à fait passagère, à tel point qu'elle aurait pu passer inaperçue. Elle s'est fait sentir sous forme de quelques accès en éclair dans les muscles de la cuisse.

La sensibilité profonde est intéressée. La torsion articulaire des orteils n'est pas douloureuse ; il voit l'acte mais ne perçoit aucune douleur. La sensibilité à la température est conservée; il apprécie bien la sensation des corps chauds ou froids.

Le réflexe de la plante du pied est modifié en cé sens qu'il sent le chatouillement comme un contact simple. Quant aux autres réflexes, on se trouve dans de trop mauvaises conditions pour en constater des modifications importantes.

La notion de position est actuellement très nette, mais il a existé de la perte de la notion de position. Depuis dix jours, il se rend parfaitement compte de l'endroit où sont situés ses pieds. Avant, il lui était impossible de savoir à quelle distance on écartait ses membres inférieurs l'un de l'autre.

Membres supérieurs. — La paralysie ne paraît pas aussi absolue que dans les membres inférieurs dans lesquels il n'y a plus aucun mouvement.

Les membres supérieurs ne sont pas inertes et étendus le long du corps. Le malade peut faire mouvoir les différents segments des parties supérieures; mais ces mouvements sont maladroits, manquent de précision et très limités. Il peut, remuer les bras mais l'élévation de ce segment est très borné et le plan d'élévation du bras est loin d'arriver en ligne directe avec l'épaule. Les avant-bras et les mains peuvent ballotter en l'air, mais la préhension du moindre objet est impossible et le malade ne peut même pas se servir d'un mouchoir pour essuyer l'écume qui lui vient à la bouche. Les bras et les avant-bras sont flasques, amaigris. C'est un amaigrissement squelettique. L'avant-bras n'est plus représenté que comme une latte entourée d'un coussin de peau.

La paralysie des mains est très accusée ; il ne peut saisir aucun objet solide et si on lui donne la main pour la serrer, il met bien les doigts en contact avec elle, mais le mouvement de serrement est tout à fait négatif. Il n'y a point de chute du métacarpe sur le carpe, et en immobilisant ce dernier, il semble que le malade dessine encore quelques petits mouvements des doigts qui indiquent que les interosseux ne sont pas totalement perdus.

Les mains présentent une très légère déformation en griffe et les éminences thénar et hypothénar sont presque totalement effacées. L'état de la sensibilité des membres supérieurs ne présente actuellement rien de particulier à signaler. Pas de douleurs,

pas plus que pour les membres inférieurs. La sensibilité générale est seulement un peu émoussée.

Face, nerfs crâniens. — A droite, les paupières sont closes et lorsque le malade regarde un objet qu'on lui présente on s'aperçoit que le globe oculaire droit à son centre pupillaire dévié en dehors. En outre, il y a de la diplopie manifeste et lorsque le malade regarde un cadre situé sur la muraille en face de lui, il le voit en double et ces deux objets qu'il voit sont situés à un intervalle très marqué.

Lorsqu'on invite le malade à siffler, il ne peut le faire, les lèvres se contractent avec symétrie mais le mouvement de contraction des lèvres est insuffisant et il n'en sort aucun bruit.

Lorsque le malade parle, on remarque qu'il existe une modification de la prononciation et la voix est légèrement nasonnée.

Réservoirs. — Vers le dixième jour de la maladie, le malade a été pris de rétention d'urine et il a fallu le sonder pendant un certain temps. Depuis une douzaine de jours, des phénomènes contraires sont survenus et maintenant il urine involontairement et dit que l'émission de l'urine se fait par intervalle et par jet sans cependant qu'il éprouve la sensation du besoin. C'est l'émission par regorgement. Quant au sphincter anal, le malade questionné à ce sujet dit qu'il y a au moins dix jours qu'il n'a pas été à la selle et attribue cet état à ce qu'il ne mange pas. Mais l'absence de toute envie d'aller à la garde-robe indique nettement qu'il y a tout au moins un état de parésie rectale.

En pressant alternativement avec le doigt de chaque côté de la trachée on détermine à droite une douleur assez cuisante.

Eschare du sacrum. — Au sacrum, on trouve une eschare dans le creux de laquelle on pourrait loger une mandarine.

Etat général. — La maladie paraît avoir été marquée dès le début par un mouvement fébrile. Au cours de son évolution la fièvre a persisté puisqu'il y a des moments où il éprouve des frissons assez violents. Mais on peut croire avec raison que ces accès de fièvre sont symptomatiques d'une inflammation ascendante du rein d'origine vésicale. Il accuse une insomnie presque complète qui durerait depuis le commencement de sa maladie. Depuis six jours, il dit qu'il ne peut ingurgiter aucun liquide sans que les vomissements le rejette aussitôt. A l'auscultation, il existe de l'engorgement dans les deux bases.

Phénomènes singuliers. — En cherchant à relever les incidents qui se sont produits au commencement ou au cours de la maladie, la femme du malade prononce le mot crises. D'après l'interrogatoire que nous lui fîmes subir pour interpréter ce terme, il nous semble que le malade, à certains intervalles, était pris d'un agacement général qui le forçait à se remuer, à s'étirer et ces phéno-

mènes s'accompagnaient d'une certaine crispation des muscles du visage qui lui donnait une mimique particulière, une expression de souffrance.

Etat de la contractilité électrique. — L'exploration électrique n'a pu être faite; la situation du malade ne se prêtant pas à ce genre de recherches.

29 *janvier.* — L'état du malade s'aggrave. L'ataxo-adynamie et le délire augmentent. Il a pâli beaucoup. Les urines sont sanieuses. Depuis deux jours, la chute de la paupière supérieure a disparu et le malade a les deux yeux ouverts. Il succombe le 1[er] février à des phénomènes broncho-pulmonaires d'origine rénale.

Voilà un malade qui est mort de complications qui ne sont que trop fréquentes au cours des affections médullaires. L'évolution des symptômes jusqu'à la période de maladie confirmée, s'est faite assez rapidement pour qu'on soit autorisé à la caractériser de subaiguë, intermédiaire très vague qui indique qu'il ne s'agit ni d'état aigu ou chronique. Le début a eu lieu soudainement sans aucun phénomène prémonitoire par une paraplégie des membres inférieurs. Dix jours après, paralysie des réservoirs. Vers le vingt et unième jour de la maladie, les membres supérieurs sont envahis. Enfin, ces phénomènes paralytiques s'étendent à la face et à l'œil. Le malade se trouve de la sorte, au moment où nous l'examinons, réduit au décubitus dorsal le plus complet, ne pouvant remuer ni jambes ni bras, ne pouvant même pas se servir d'un mouchoir pour enlever de sa bouche les mucosités qui s'y accumulent. De plus, cette paralysie s'accompagne d'une atrophie très prononcée des quatre extrémités des membres, répartie avec une remarquabble symétrie. Les caractères de ces symptômes de paralysie amyotrophiques dénotent qu'on a affaire à des altérations cantonnées dans l'aire des cornes antérieures de la subs-

tance grise de la moelle. Quant à la hauteur de ces lésions, la participation de la face et des yeux indique qu'elles sont assez élevées et que les parties les plus supérieures de la région cervicale sont intéressées. Pris isolément, ces phénomènes de paralysie amyotrophique se rapportent par leur généralisation et leur mode de distribution au syndrome de paralysie générale spinale antérieure subaiguë, sinon rapide. Ils répondent bien à la première phase symptomatologique de la deuxième variété de Duchenne; laquelle est constituée en outre par des phénomènes que nous retrouvons chez notre malade, bien marqués, et qui sont : la paralysie des sphincters, une eschare au sacrum, des troubles de la sensibilité suffisamment prononcés au point que la torsion articulaire des orteils n'est pas douloureuse.

A quelle affection avons-nous affaire? Autant les phénomènes de paralysie atrophique indiquent des localisations médullaires de la substance grise, autant les secondes dénotent des altérations diffuses de cette substance. En somme, il s'agit là d'une combinaison de lésions systématiques et diffuses de la substance grise de la moelle. On est en droit en effet de circonscrire la lésion jusqu'à un certain point à la substance grise seule, en notant l'absence de douleurs, l'abolition du réflexe plantaire et l'absence de tout phénomène convulsif médullaire.

Dirons-nous avec Vulpian, qu'il s'agit d'une myélite centrale diffuse subaiguë vraie, en indiquant par ce dernier terme que les cornes antérieures de la moelle et le reste de la substance grise sont largement intéressés. C'est, nous croyons, un diagnostic des plus

rationnels ; mais il nous semble qu'au milieu de tous ces symptômes, il se dégage un ensemble, une physionomie spéciale qui frappe par la régularité des phénomènes et par l'ordre de leur développement. Il nous semble que cela rappelle de trop près le tableau que nous a donné Duchenne de la paralysie générale spinale diffuse subaiguë, pour que nous n'en fassions pas la remarque. Est-ce dire, comme Vulpian le soutenait, qu'il s'agit, dans ce cas, d'une myélite diffuse centrale avec prédominance d'altérations dans les cornes antérieures, mais dont le processus serait plus général et distribué sans règle. Mais cette manière de voir est-elle la seule, quand on voit d'abord la paraplégie survenir, suivie de près de phénomènes amyotrophiques dans les masses musculaires paralysées ; puis à ces symptômes de myélites systématiques s'ajoutent des troubles des sphincters qui dénotent l'extension en profondeur de ces lésions. Enfin, après un temps d'arrêt, la lésion des cornes antérieures reparaît et devient pour ainsi dire directrice en produisant uniquement une paralysie amyotrophique des deux membres supérieurs et en s'attaquant peu après à la partie la plus supérieure de la région cervicale.

Donc, en nous appuyant sur tout ce que nous venons de dire, d'une part, et sur l'absence de phénomènes convulsifs et douloureux qui reflètent ordinairement les altérations tangibles de la substance blanche, d'autre part ; nous croyons que nous sommes en présence d'une myélite centrale diffuse subaiguë, mais spéciale et, malgré l'autorité de Vulpian, non par *prédominance* des lésions dans l'aire des cornes antérieures, mais par extension, par propagation de ces mêmes

lésions qui ont leur origine dans les cellules ganglionnaires de ces mêmes régions. Et nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer en terminant que ce mélange, que cette combinaison des lésions systématiques des cornes antérieures avec les altérations diffuses de la substance grise, ainsi que l'ensemble, la distribution et la symétrie des symptômes cliniques, rappellent de trop près l'analogie qui existe entre l'affection de notre malade et la description de Duchenne pour que nous ne donnions pas ce cas comme un type de paralysie générale spinale diffuse subaiguë.

CLINIQUE NERVEUSE.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. CHARCOT.

L'AMNÉSIE HYSTÉRIQUE;

2e CONFÉRENCE FAITE A LA SALPÊTRIÈRE LE VENDREDI 17 MARS 1892 [1],

Par M. PIERRE JANET,

MESSIEURS,

Je commence aujourd'hui en vous demandant toute votre indulgence et quelque patience, non pas que je doute le moins du monde de votre bienveillant accueil, mais parce que je trouve le sujet de notre étude assez difficile et pour vous et pour moi. Les souvenirs ne sont pas un phénomène aussi simple que les sensations; leur théorie beaucoup plus complexe est loin d'être aussi avancée. Les expériences, si tant est

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, n° 69, p. 323.

que l'on en puisse faire de décisives, sont beaucoup plus difficiles à reproduire sur une estrade; elles demandent toujours, quand elles sont possibles, une observation morale attentive longtemps prolongée dans le calme et l'isolement. Vous me direz alors : « Si ce sujet des amnésies hystériques est si difficile à comprendre et à exposer, pourquoi en parlez-vous? Pourquoi ne pas étudier d'autres problèmes plus simples que nous présente l'état mental des hystériques? » Je vous répondrai que c'est pour moi une sorte de question de principes; je crois de mon devoir de vous dire ce qui me semble vrai, même si je me trompe, même si je dois m'exposer à toutes sortes d'inconvénients. Eh bien, je suis convaincu, à tort ou à raison, que l'amnésie est très importante dans l'hystérie, que c'est même un des symptômes cardinaux de cette affection. Il ne me semble pas qu'il soit possible de rien comprendre aux divers symptômes que vous pouvez avoir à observer, aux paralysies de toutes sortes, à l'astasie-abasie, au mutisme, aux crises, aux délires et surtout aux somnambulismes, si vous n'avez pas d'abord étudié autant que possible le fait principal qui intervient plus ou moins dans tous les autres, le trouble de la mémoire. Je vous dois donc de vous indiquer dans quel sens à mon avis cette étude doit être dirigée, de vous exposer ce qui est à peu près connu, et les suppositions qui me paraissent vraisemblables.

D'ailleurs, pour faciliter ce travail et ne pas nous égarer, nous décrirons exclusivement les cas d'amnésie typiques, comme dit M. Charcot, en laissant volontairement de côté les amnésies légères ou incomplètes et surtout les cas complexes et confus auxquels je vous déclare d'avance ne rien comprendre. Ensuite, nous aurons un guide dans cette étude : pour passer du connu à l'inconnu, nous rapprocherons toujours autant que possible l'amnésie hystérique de l'anesthésie que nous avons déjà comprise; nous verrons d'abord qu'il y a des ressemblances incontestables et nous signalerons pour finir l'influence que ces deux phénomènes exercent l'un sur l'autre.

I. — Pour décrire les *amnésies hystériques* il faut, à mon avis, mettre en première ligne un caractère qui vous surprendra peut-être un peu : elles sont *très fréquentes,* presque aussi fréquentes que les anesthésies. M. Charcot l'a remarqué

depuis longtemps; dans les Leçons du Mardi, en 1887, il disait, à propos d'un malade du service : « Ce malade a été presque toujours repoussé des hôpitaux comme simulateur ; il est vrai qu'il se contredit souvent dans ses récits et qu'il ment peut-être quelquefois. Mais il faut tenir compte d'un état mental encore insuffisamment étudié, fréquent surtout dans l'hystérie virile et où l'amnésie temporaire tient une grande place. Il y a du vrai et du faux dans ce qu'il raconte, mais c'est au médecin, ainsi que je vous le disais l'autre jour, à savoir démêler ce qui est véridique et à ne pas condamner du premier coup sans examen plus approfondi[1]. » Ce que M. Charcot avait constaté à cette époque, nous pouvons le constater encore tous les jours. Vous savez par exemple qu'il est parfois difficile de prendre l'observation d'une hystérique parce que ses récits sont sans cesse incomplets et contradictoires. Mon ami, M. Souques, interne du service, me racontait avoir souvent éprouvé à ce sujet de singulières mésaventures. Il prenait un jour par écrit l'histoire d'une hystérique, les maladies qu'elle avait déjà eues, les hôpitaux où elle avait été soignée, etc. ; mais le lendemain quand il s'apprêtait à lire l'observation à M. Charcot, la malade amenée devant le médecin racontait tout le contraire. J'ai trouvé d'ailleurs exactement les mêmes remarques dans l'ouvrage de M. Gilles de la Tourette[2].

Mille détails que l'on peut relever, quand on observe leur manière d'être dans le service, nous amènent à la même conclusion. Bien des malades en entrant ici pleurent et gémissent, à la pensée de quitter leurs parents, de vivre seules à l'hôpital ; le lendemain, tout est passé, elles ont oublié leur regret et elles croient, disent-elles, être dans la maison depuis des mois. Plusieurs d'entre elles, à cause de leurs oublis et de leurs distractions continuelles sont tout à fait incapables de faire un travail, de rendre quelques services. Les envoie-t-on faire une commission, elles reviennent au bout de quelques heures, sans avoir rien fait, ayant tout à fait oublié le but de leur sortie. L'unes d'elle se fâche un jour contre moi et me fait des reproches imaginaires plus ou moins polis ; le lendemain, je me crois obligé de lui témoigner quelque froideur. Elle en est très surprise et vient tout inquiète me demander ce que

[1] Charcot. — *Leçons du Mardi à la Salpêtrière*, 1887, p. 297.
[2] Gilles de la Tourette. — *Traité de l'hystérie*, 1891, p. 552.

j'ai contre elle; elle avait absolument oublié la scène de la veille. D'ailleurs, en un mot, interrogez-les vous-mêmes sur leur vie à l'hôpital, sur ce qu'elles ont fait la veille, le matin, sur ce qu'elles ont proposé de faire l'après-midi, vous en rencontrerez certainement plusieurs qui ne pourront pas vous répondre. Elles vivent au jour le jour, à peine capables comme nous l'avons vu de bien comprendre ce qui se passe dans le moment présent et le plus souvent impuissantes quand il s'agit de disposer des souvenirs du passé et des images de l'avenir.

Ces amnésies, aussi fréquentes, ne se présentent pas toujours sous le même aspect, elles sont au contraire très variables dans tous leurs caractères. Nous croyons pouvoir, pour la commodité de l'étude, les ranger en trois classes principales analogues à celles que nous avons adoptées pour les anesthésies : les amnésies peuvent être *systématisées*, *localisées*, *générales* ou *continues*.

Les premières sont peut-être les plus communes : les malades perdent une certaine catégorie de souvenirs, un certain groupe d'idées du même genre formant ensemble un système. Ainsi, elles oublient ce qui a rapport à leur famille, ou les idées relatives à telle personne, ou les connaissances nécessaires pour un certain métier, elles ne savent plus broder ou coudre, elles perdent le langage ou tout simplement telle langue particulière qu'elles savaient bien. Les exemples sont très variés, chacun pourrait en citer un différent, je n'y insisterai pas. Mais j'ai eu l'occasion d'observer dans le service un cas de ce genre si curieux qu'il pourra je crois résumer cette description. Une jeune fille nommée Célestine, très gravement atteinte d'hystérie, était entrée à l'hôpital vers le mois de novembre dernier. J'étais déjà dans le service depuis quelque temps et, comme cette malade m'intéressait, je me suis occupé d'elle dès son entrée et à peu près tous les jours : aussi devint-elle bientôt très familière avec moi. Mais tout dernièrement, c'est-à-dire trois mois après son arrivée, quand je lui dis bonjour en passant, elle me regarde avec un air étonné, ne me répond pas, et s'en va parler tout bas à la surveillante de la salle. Comme il était naturel, j'ai demandé en sortant à Mlle la surveillante ce qu'avait aujourd'hui Célestine et ce qu'elle disait ainsi en me désignant. « Ce n'est rien, me répondit-elle, Célestine n'est pas malade, mais elle

semble devenir stupide, la voici qui demande qui vous êtes et elle s'étonne qu'un élève nouvellement arrivé dans le service l'appelle par son petit nom et la connaisse. » Je crus à une mauvaise humeur ou à une plaisanterie, mais après avoir examiné la malade, il fallut se rendre à l'évidence : Célestine avait eu la veille une crise assez forte qui avait bouleversé, comme cela arrive souvent, son état mental, et elle m'avait complètement oublié. Sa mémoire pour tous les événements survenus pendant son séjour à l'hôpital était évidemment très faible ; mais elle se rappelait assez bien les autres personnes et me semblait avoir surtout perdu tout souvenir des faits auxquels j'avais été mêlé. Peut-être cet état bizarre de la mémoire aurait-il duré quelque temps, mais je fus curieux de provoquer le sommeil hypnotique pour voir s'il avait changé aussi. Dans le somnambulisme tous les souvenirs étaient comme à l'ordinaire ; au réveil tout était rétabli et cette singulière amnésie systématisée, survenue après une attaque, avait disparu. Permettez-moi de vous rappeler aussi à ce propos cette intéressante malade que M. Charcot nous montrait dernièrement. G... à la suite d'une violente émotion a présenté des somnambulismes spontanés la nuit, puis de grandes attaques d'hystérie. Ce qui nous intéresse aujourd'hui, c'est un oubli très systématique qu'il est facile de constater. Elle a passé trois ans en Angleterre et elle parlait et comprenait la langue anglaise d'une façon très suffisante. Mais dans ces derniers mois, depuis que sa maladie s'est aggravée elle a complètement oublié et son séjour en Angleterre, et les rues de Londres, et la langue anglaise dont elle ne peut plus comprendre ni prononcer un mot.

Parmi les amnésies systématisées les plus curieuses de beaucoup portent sur les souvenirs des images motrices et provoquent de véritables altérations des mouvements ou même des paralysies. Je ne veux pas dire que toutes les paralysies d'origine psychique soient des amnésies, je crois, au contraire, que certaines d'entre elles se rapprochent des idées fixes : un certain nombre seulement dépendent de troubles de la mémoire. L'astasie abasie, telle que l'a décrite M. Blocq, est « une perte des synergies musculaires qui assurent l'équilibre dans la station verticale et dans la marche[1] ». Le malade ne sait plus se

[1] Paul Blocq. — *Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie.* (*Archives de Neurologie*, 1888.)

servir de ses jambes, il ne sait plus marcher. Nous ne pouvons entrer dans le détail de ces altérations du mouvement, nous rappelons seulement que certaines paralysies des mouvements des bras ou même des mouvements de l'œil paraissent être dus à des troubles psychologiques analogues à l'amnésie systématisée.

Les *amnésies localisées* sont encore plus connues que les précédentes, elles frappent davantage l'observateur. Les événements dont le souvenir est perdu sont réunis par un caractère commun : ils appartiennent tous à une même époque, à une même période de la vie de la malade. Le plus souvent les choses se passent ainsi : à la suite d'un accident ou d'une émotion, l'hystérique, qui semblait jusque-là se porter assez bien, a une violente attaque. Quand la crise est finie, la malade semble reprendre sa vie ordinaire ; mais les personnes de son entourage remarquent quelques bizarreries dans sa conduite et dans ses paroles. En l'interrogeant, elles constatent qu'elle ne se souvient pas de l'émotion qu'elle vient d'avoir, et qu'elle a même oublié tous les faits précédents de son existence jusqu'à une date plus ou moins reculée. Ainsi, j'ai vu amener à l'hôpital du Havre une femme qui avait eu un accident de ce genre. A la suite d'une attaque survenue au mois de novembre, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle était restée paraplégique et avait oublié tous les faits survenus dans les trois mois précédents ; elle racontait en détail sa vie au début du mois d'août, mais ne pouvait rien dire sur ce qui était arrivé en septembre ou en octobre. (Je vous rappelle pour nous en servir tout à l'heure que cette femme était à ce moment anesthésique totale et avait une achromatopsie complète des deux yeux[1].) Ce sont des cas de ce genre qui ont été désignés sous le nom d'*amnésie localisée et rétrograde*.

Très souvent ces amnésies localisées peuvent être beaucoup moins importantes, beaucoup plus courtes surtout. Elles portent par exemple sur certaines actions qui ont semblé évidemment être accomplies d'une manière anormale. Certains rêves de la nuit pendant lesquels la malade s'est agitée et a parlé beaucoup, certains délires qui accompagnent la crise, certains états anormaux qui suivent quelquefois l'attaque semblent ne

[1] Voir dans l'*Automatisme psychologique*, 1889, p. 93, l'observation de la malade décrite sous le nom de Rose.

laisser aucune trace dans la mémoire. Ces faits sont bien connus, je préfère insister sur d'autres amnésies qui portent sur des périodes en apparence normales. Permettez-moi de vous citer à ce propos quelques lignes d'un livre déjà ancien, mais très curieux, celui du Dr Despine (d'Aix). Il contient, à mon avis, l'une des premières et l'une des plus remarquables descriptions de l'état mental d'une hystérique : « Quelquefois, dit-il en parlant de sa malade, il y avait un état moral tout particulier observé par la mère d'Estelle et dont elle n'avait pu se rendre compte encore. Il lui arrivait souvent de faire ou d'entendre une lecture qui semblait l'avoir vivement intéressée et peu d'instants après, l'enfant ne paraissait pas en conserver le moindre souvenir ! On la portait à la promenade (elle était paraplégique), elle voyait tout ce qui se passait autour d'elle, y prenait intérêt, en causait, etc., et au retour, souvent elle semblait avoir tout oublié, ou bien s'il en restait quelques traces, elles n'étaient que fugitives et comme un rêve qui s'enfuyait [1]. » Que de fois nous avons vérifié cette observation de Despine, combien de malades qui paraissaient attachées à une lecture ou à un travail et qui sont incapables, si on les interroge quelques moments après, de nous dire ce qu'elles viennent de faire ! Ce caractère me paraît très important, il faut conserver la pensée que, d'une façon générale et naturelle, l'hystérique est très prédisposée aux amnésies localisées, cela nous expliquera bien des phénomènes que nous produisons artificiellement et qui ne sont qu'une application particulière de cette prédisposition générale.

Enfin l'*amnésie* peut être *générale :* je crois qu'il est bien rare de rencontrer une amnésie complète portant sur tous les souvenirs. Certains cas cependant, celui de Mac Nish, celui de Weir Mitchell (Mary Reynolds) semblent être à peu près de ce genre. Mais il est plus fréquent, quoique encore exceptionnel, de voir certaines amnésies qui méritent à mon avis le nom de *continues.* A partir d'une certaine date la malade perd la faculté d'acquérir aucun souvenir ; elle conserve la mémoire des événements anciens antérieurs à une certaine époque, mais elle ne garde plus que quelques instants la mémoire des événements présents.

J'avais remarqué déjà des troubles de ce genre plus ou

[1] Despine (d'Aix). — *De l'emploi du magnétisme animal dans le traitement des maladies nerveuses*, 1840, p. 12.

moins complets chez quelques malades, en particulier chez une malade du service de M. Falret [1], mais je n'avais jamais eu l'occasion de voir cette maladie de l'esprit sous sa forme typique. Vous savez qu'il y a ici dans le service de M. Charcot un cas d'amnésie probablement unique dans son genre.

L'histoire de Mme D... nous a été racontée ici même par M. Charcot [2] il y a peu de temps, elle va être reprise et analysée complètement dans un mémoire de M. Souques. Je ne dois donc vous la rappeler qu'en très peu de mots : à la suite d'une émotion survenue vers la fin du mois d'août dernier, Mme D... a eu une violente attaque que M. Charcot considère et à juste titre comme une attaque d'hystérie. Elle sortit de son attaque dans un état mental tout particulier : 1° elle avait oublié tout ce qui venait de se passer pendant les deux mois précédents, et 2° elle était devenue incapable d'acquérir aucun souvenir nouveau, les événements les plus frappants, la morsure par un chien enragé, le voyage de Cognac à Paris, les vaccinations à l'Institut Pasteur n'ont pu se graver assez dans son esprit pour y laisser un souvenir ; amnésie rétrograde et antérograde, comme dit justement M. Charcot. Encore aujourd'hui elle vous demande avec anxiété où elle est : Vous lui répondez qu'elle est à Paris, à la Salpêtrière, et après une minute ou deux, au plus, elle déclare qu'elle ne sait où elle est et qu'elle se croit encore à Cognac. Ce cas d'amnésie est extraordinaire et vous ne serez pas étonné si j'insiste un peu tout à l'heure sur les caractères qu'il présente. Ce sera un bon moyen d'analyser l'amnésie hystérique sous la forme la plus parfaite.

Sans doute l'*amnésie continue* est rarement aussi complète [3], mais, quand on a appris à la reconnaître d'après ces cas typiques, on ne tarde pas à constater qu'elle existe en réalité très fréquemment d'une manière plus ou moins atténuée. Elle vient presque constamment se surajouter aux autres formes d'oublis

[1] *Etude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes.* (*Revue philosophique* 1891, t. I, p. 258-384.)

[2] Charcot. — *Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde, probablement d'origine hystérique.* (*Revue de médecine*, 10 février 1892, p. 81.)

[3] Une observation très curieuse de MM. J. Séglas et P. Sollier nous montre une variété d'amnésie continue très analogue au cas de Mme D..., mais non absolument identique ; nous ne pouvons insister sur ces détails (folie puerpérale, amnésie, astasie et abasie). (*Archives de Neurologie*, n° 60.)

et contribue beaucoup à donner aux hystériques leur physionomie particulière. L'indifférence apparente de ces malades, leur variabilité, leurs caprices et même, comme je compte vous le montrer, leur étonnante suggestibilité, dépendent de tous ces troubles de leur mémoire. Je ne puis vous en décrire les innombrables variétés, je dois me contenter de vous avoir signalé les principales.

II. — Pour résumer rapidement l'état d'une de ces malades que je viens de vous décrire, nous disons qu'elle a perdu la mémoire de tel ou tel événement. C'est une expression juste, mais très vague : le mot « *mémoire* » en effet résume un ensemble de phénomènes et même de fonctions psychologiques très différentes les unes des autres. Une altération de la mémoire considérée dans son ensemble peut être due à une lésion particulière de telle ou telle des opérations composantes. Il n'est pas sans importance de savoir avec précision quel est le phénomène altéré; cela transforme à mon avis complètement le diagnostic médical. Suivant que nous attribuons le trouble de la mémoire à l'une ou à l'autre des opérations élémentaires, nous aurons affaire à des démences ou à des cas d'hystérie. Il y a donc intérêt, quand cela est possible, à pouvoir préciser.

Pour y parvenir permettez-moi, messieurs, de vous résumer brièvement les principales opérations qui, aux yeux des psychologues, semblent constituer un souvenir complet. A propos de chacune d'elles, nous nous demanderons, si elle est supprimée ou lésée gravement dans les cas d'amnésie que nous avons décrits. Nous arriverons ainsi par une sorte d'élimination à reconnaître la lésion fondamentale qui caractérise ces amnésies et les distingue de tous les autres.

Il y a d'abord dans la mémoire telle que les philosophes la décrivent des opérations intellectuelles assez compliquées qui nous permettent de reconnaître les souvenirs, de les distinguer soit des imaginations, soit des sensations présentes et de les localiser à tel ou tel point du passé. Ces opérations délicates doivent être très souvent altérées dans toutes les maladies de l'esprit et dans l'hystérie comme dans les autres. Mais leur trouble donne lieu à des illusions, à des délires plutôt qu'à de véritables amnésies et nous n'avons pas à insister sur leur étude.

Il nous faut considérer dans la mémoire des opérations plus

élémentaires : la première de toutes est appelée depuis bien longtemps *la conservation des souvenirs*. Ce mot n'est que la description d'un fait et non son explication : les phénomènes psychologiques qui se sont produits une fois, ne disparaissent pas complètement, ils laissent des traces, comme on disait autrefois, c'est-à-dire qu'ils laissent dans le cerveau une certaine modification fort inconnue qui leur permet de se reproduire. En un mot, un phénomène psychologique est conservé quand il peut de temps en temps être reproduit; il n'est plus conservé, quand sa reproduction est devenue définitivement impossible. Il peut y avoir, il y a même certainement, des amnésies dues à une lésion de ce genre. Supposons une destruction définitive et matérielle des cellules cérébrales qui ont emmagasiné les modifications inconnues laissées par les sensations et les souvenirs de ces sensations seront matériellement détruits d'une façon irréparable. En est-il ainsi pour les amnésies hystériques. Non, certainement, sur ce point je n'ai pas d'hésitation. Une amnésie de nature hystérique, si profonde, si longue qu'elle semble être, n'est pas due à la destruction même des traces laissées par les sensations. En d'autres termes, dans toute amnésie hystérique, la conservation des souvenirs subsiste encore.

Je le prouve en montrant qu'il est toujours possible, plus ou moins facilement, de reproduire au moins momentanément ces souvenirs en apparence disparus. Voici d'abord un exemple très simple : Cette jeune fille, Berthe, est hypnotisable ; je n'ai pas la prétention d'expliquer en un mot ce que c'est que l'hypnotisme. C'est là encore probablement un même nom appliqué confusément à des choses fort différentes les unes des autres. Je vous rappelle seulement un fait bien connu de tous : l'hypnose est un état qui ne laisse pas de souvenirs après le réveil du malade. Cet oubli est plus ou moins net, plus ou moins rapidement obtenu après les premières hypnotisations, mais il est à mes yeux la caractéristique de l'état somnambulique plus ou moins grave. Chez la jeune fille que je vous montre, chez Berthe, il a existé, je vous l'affirme, dès la première fois que je l'ai endormie. Ce fait n'a rien d'étonnant, c'est une jeune fille prédisposée à ce phénomène, ayant naturellement et à chaque instant des amnésies localisées analogues à celles qui ont été décrites par Despine. Elle avait depuis de longues années avant de venir à l'hôpital des somnambulismes natu-

rels, la nuit d'abord et, cela ne nous surprend pas, même le jour. Quand on la secouait pour la réveiller de ses hypnoses spontanées, elle restait tout ahurie, ayant totalement oublié ce dont on l'avait chargée l'instant précédent. L'hypnose consiste simplement à reproduire artificiellement chez elle un de ces nombreux états suivis d'amnésie dans lesquels elle entrait d'elle-même à chaque instant. Eh bien, cet oubli n'est qu'une apparence, une illusion; il suffit de la rendormir, de la remettre par suggestion, ou mieux par une habitude automatique dans un état moral analogue à celui dont elle vient de sortir pour qu'elle retrouve tous les souvenirs. C'est là une loi de somnambulisme qui est bien connue, mais qui ne se vérifie pas en cinq minutes sur une estrade ; vous aurez en examinant des malades bien des occasions de vous faire sur ce point une conviction personnelle.

Voici un autre cas plus complexe, Marguerite a de grandes attaques d'hystérie depuis deux ans et, à la suite de ces attaques, elle entre dans une sorte de somnambulisme assez compliqué que je ne vous décrirai point. Je vous rappelle seulement que c'est un état spontané qui fait partie de la crise hystérique et dont elle sort par des convulsions. Elle n'a jamais su au réveil ce qui se passe pendant cette période, il semble qu'il y ait là un *oubli* complet produit naturellement par l'attaque. Eh bien, il n'en est rien, on peut reproduire artificiellement ce même état qui semblait faire partie intégrante de l'attaque et elle nous répétera minutieusement alors ce que vous lui aurez dit pendant la crise. Ici encore il y a conservation des souvenirs. Il en est encore de même pour les amnésies si curieuses de cette jeune femme G... qui semble avoir totalement oublié la langue anglaise. Quand elle est en état de somnambulisme provoqué, elle parle de Londres, des parcs, des promenades, de l'établissement où elle travaillait et soutient parfaitement une conversation en anglais. L'oubli de la langue anglaise n'existe que pendant la veille et non pendant le somnambulisme[1].

[1] Voir *Automatisme psychologique*, p. 73, 76 et sq., quelques-unes des précautions à prendre pour étudier les faits de mémoire alternante. On n'arrive pas toujours immédiatement, en hypnotisant la malade d'une manière quelconque, à lui faire retrouver tous les souvenirs qu'elle semble avoir perdus; il est quelquefois nécessaire de varier, par une sorte de tâtonnement, le somnambulisme que l'on provoque, pour mettre l'esprit dans un certain état où il retrouve les souvenirs cherchés. Cette

Mais, quand il s'agit de l'amnésie continue et si étrange que présente Mme D..., conservons-nous encore malgré les apparences la même certitude. Certainement et pour la même raison : ces souvenirs peuvent se reproduire à de certains moments, donc ils sont toujours bien conservés. Vous savez comment M. Charcot s'est aperçu pour la première fois de cette conservation : cette personne qui ne se souvenait de rien pendant la veille et qui ne pouvait même pas retenir cinq minutes le nom de la Salpêtrière où elle était, avait des rêves la nuit et disait assez haut en dormant des paroles que ses voisines ont pu entendre[1]. En rêve, elle parlait du chien enragé, de la Salpêtrière, des médecins en tablier blanc, enfin de tout ce qu'elle paraissait avoir oublié. Il a suffi, d'ailleurs, de l'endormir artificiellement pour lui faire dire en détails tous les événements de sa vie au mois d'août ou au mois d'octobre. Ce dernier cas est le plus frappant, il vient confirmer les autres et nous prouve la conservation des souvenirs dans l'amnésie hystérique.

Les psychologues nous décrivent alors un autre phénomène essentiel dans le souvenir, c'est *la reproduction des images*. Par un mécanisme que nous n'avons pas à étudier et dans lequel l'association des idées joue le plus grand rôle, les phénomènes psychologiques primitifs qui se sont conservés à l'état latent réapparaissent un peu moins forts, moins complets, mais à peu près avec les mêmes caractères que la première fois. On les appelle alors des *images* et on comprend que la renaissance des images au moment opportun soit une condition essentielle du souvenir complet. Est-ce ici que nous allons trouver l'explication de l'amnésie hystérique? Cela semble au premier abord très vraisemblable : Mme D..., par exemple, semble ne pouvoir reproduire les images qu'en rêve, pendant le sommeil et ne pas pouvoir les reproduire quand il le faut suivant les besoins de la veille. Et bien, sans rien affirmer d'absolu, je vous dirai que je ne crois même pas à une lésion de ce genre

recherche peut être quelquefois très difficile ; mais nous croyons cependant que, par toutes les ressources de l'hypnotisme et de la suggestion, on peut toujours arriver à produire chez l'hystérique un état artificiel assez analogue aux états naturels qui ont été oubliés pour restaurer le souvenir. Cela suffit pour démontrer ce que nous avons avancé ici, la conservation des souvenirs malgré l'amnésie hystérique.

[1] Charcot. — *Revue de médecine*, 1892, p. 94.

dans l'amnésie hystérique. A mon avis, les souvenirs peuvent se reproduire quand il le faut, même pendant la veille et Mme D..., si je ne me trompe, a tout le temps dans l'esprit et sur les lèvres la réponse à la question qu'on lui pose ou qu'elle se pose à elle-même. Pourquoi est-ce que je me figure une chose pareille, quand la pauvre femme se déclare si malheureuse et prétend qu'il lui est absolument impossible de retrouver le moindre souvenir. C'est que nous avons déjà vu bien des choses semblables chez les hystériques. Nous avons vu qu'elles semblaient ne pas sentir, ne pas voir et que cependant à ce moment même elles avaient très bien dans l'esprit les sensations tactiles et visuelles. On peut se demander s'il n'en serait pas de même pour les images qui diffèrent si peu des sensations.

La conduite même de Mme D... dans le service nous montre qu'elle possède en réalité, ces souvenirs qu'elle semble ne pouvoir retrouver. Elle semble ne connaître personne et cependant elle va toujours s'asseoir près des mêmes malades et cause toujours avec les mêmes personnes. Elle ne se souvient aucunement d'avoir été mordue par un chien enragé et cependant elle se sauve en poussant des cris de terreur dès qu'un de ces animaux s'approche d'elle. Mme D... me disait elle-même, ce qui est assez curieux, qu'elle n'avait pas autrefois cette peur des chiens, et qu'elle ne sait pourquoi elle les redoute ainsi maintenant : les souvenirs semblent donc se reproduire chez elle à propos, quoique à son insu.

Voici le procédé qui m'a réussi pour mettre en évidence l'existence de ces images du souvenir. Je dis : « le procédé qui m'a réussi », car je ne prétends pas qu'il n'y en ait aucun autre. Si par un dressage, par des suggestions quelconques autrement faites, vous réussissez à mettre en évidence les souvenirs de Mme D... et surtout à les lui rendre, j'en serai très heureux. Cela démontrera encore mieux que les souvenirs de cette malade sont présents et qu'il ne lui manque que bien peu de chose pour avoir une mémoire normale. Mais tout ce que je sais, c'est que M. Souques, pendant deux mois et moi-même depuis un mois, nous avons essayé par toutes les suggestions possibles de forcer Mme D... à retrouver ces souvenirs et que nous n'avons pas réussi. C'est pourquoi je vous demande la permission de vous montrer le procédé qui ne lui rend pas ses souvenirs, mais qui montre leur existence.

Si on l'interroge directement, si je lui demande, par exemple, de prononcer ou même d'écrire volontairement le nom de l'interne qui la soigne, vous voyez qu'elle semble faire effort, qu'elle ne trouve pas et se déclare incapable d'écrire un nom qu'elle ne sait pas. Procédons autrement, je m'écarte d'elle et je prie une autre personne, mon ami M. Carpentier, de causer avec la malade ; elle répond à ses questions, paraît faire attention à ce qu'il lui dit et ne s'occupe plus de moi. Je lui glisse un crayon dans la main droite et elle le prend sans se retourner ; c'est bizarre, mais cela se passe ainsi chez la plupart des hystériques qui sont, comme nous l'avons vu, des malades très faciles à distraire. En général, un homme normal, dont la main n'est pas insensible, sentirait qu'on lui met un objet entre les doigts et se retournerait. Il faudrait une conversation d'un intérêt bien puissant pour le rendre ainsi indifférent. Chez les hystériques il n'en est pas ainsi, la moindre des choses suffit souvent pour les distraire si complètement, qu'elles ont à ce moment de véritables anesthésies. Profitons de cette disposition, et pendant que Mme D... continue à causer avec M. Carpentier, faisons-lui une suggestion comme si elle était capable de nous entendre. « Ecrivez, lui dis-je, le nom de l'interne de votre salle. » Vous voyez la main qui tient le crayon se mettre en mouvement et écrire ce mot : « M. Lamy. » De la même manière je lui demande ce qu'elle s'est fait à la main gauche et elle écrit sans hésiter : « Je me suis coupée avec du verre. » En un mot, elle va répondre de cette manière à toutes les questions possibles et dans son écriture ainsi obtenue va nous montrer la reproduction de tous les souvenirs qu'elle paraissait avoir complètement perdus. Je n'ai pas l'intention, messieurs, d'étudier complètement avec vous cette écriture qui, d'ailleurs, ne se présente pas chez Mme D... d'une façon bien remarquable. Je n'insiste pas pour vous montrer qu'en réalité Mme D... déclare n'avoir pas entendu mes questions, qu'elle affirme n'avoir rien écrit, qu'elle s'étonne de ces écritures, quand on les lui montre et n'admet pas qu'elle les ait écrites. Ce sont là des détails qui ne sont pas aujourd'hui indispensables. Tout ce que je vous demande de constater, c'est que cette écriture involontaire et, en apparence au moins, inconsciente, manifeste des souvenirs que Mme D... est incapable de posséder autrement quand elle est éveillée. Ne vous figurez pas que j'attribue ici à l'écriture une puissance merveilleuse pour ressusciter les souvenirs de Mme D... Non, je

vais peut-être réussir à manifester ces souvenirs d'une autre manière, par la parole même. Mais cette malade n'arrive jamais à les dire et aucune suggestion n'a réussi à les lui faire exprimer, quand elle est éveillée. Sans doute, mais nous allons encore recourir à un procédé qui réussit quelquefois. Je m'en vais encore la distraire, mais en évitant cette fois d'attirer son attention sur la parole. Je lui donne un livre à lire, ou mieux je lui donne une multiplication à faire. Pendant qu'elle est bien absorbée dans son travail, nous remarquons les mêmes phénomènes de distraction, nous pouvons la toucher, lui parler aux oreilles sans qu'elle se retourne. Je lui demande ainsi : « Comment s'appellent les deux malades qui sont vos voisines dans la salle. » Ses lèvres remuent et elle répond tout bas : Mme C... et Mme P... Je puis même lui commander de répondre plus haut ; si elle est bien distraite par sa lecture ou sa multiplication, elle va le faire tout haut et très correctement. Nouveau fait dont je ne tire toujours qu'une seule conclusion : la reproduction des souvenirs existe chez elle, elle semble se faire normalement suivant les besoins ; et ce n'est pas encore dans ce phénomène de la reproduction que nous trouvons la lésion qui constitue l'amnésie hystérique [1].

Mais où donc chercher cette altération de la mémoire qui doit bien exister quelque part pour produire des résultats aussi manifestes. Les psychologues dans leurs descriptions, n'admettent pas d'autres phénomènes élémentaires de la mémoire, en dehors de la conservation et de la reproduction. Je crois qu'ils ont tort et que la maladie décompose et analyse mieux la mémoire que n'a pu faire la psychologie. Ainsi que nous l'avons vu dernièrement, il ne suffit pas qu'une sensation isolée, simple, soit produite dans l'esprit pour qu'elle soit par cela même appréciée par le sujet. Il faut, pour la conscience complète d'une sensation qui s'exprime par le « je sens », qu'une nouvelle opération s'ajoute à la première. Il faut

[1] Il est à peine nécessaire de faire remarquer que ce caractère du souvenir inconscient n'existe pas seulement dans le cas de Mme D.... Je l'ai montré sur cette malade, parce qu'il était plus curieux de le constater malgré une amnésie aussi considérable ; mais on pourrait aussi bien le mettre en évidence dans les cas d'amnésie localisée et moins grave. En général, il est presque toujours facile de retrouver dans l'écriture automatique des hystériques, obtenue par les procédés précédents, le souvenir des rêves, des délires, des somnambulismes, etc., dont elles semblent n'avoir aucune mémoire.

qu'une sorte de synthèse réunisse les sensations produites et les rattache à la masse des idées antérieures qui constitue la personnalité. Eh bien, il doit en être de même pour les images : il ne suffit pas, pour que nous ayons conscience d'un souvenir, que telle ou telle image soit reproduite par le jeu automatique de l'association des idées, il faut encore que la *perception personnelle* saisisse cette image et la rattache aux autres souvenirs, aux sensations nettes ou confuses, extérieures ou intérieures dont l'ensemble constitue notre personnalité. Cette opération est si simple et si facile chez nous que l'on ne soupçonne même pas son existence. Mais elle peut être altérée et supprimée, tandis que les autres phénomènes du souvenir subsistent intégralement, et son absence suffira pour produire chez les malades un trouble de la mémoire qui sera, *pour eux*, une véritable amnésie. Voyez en effet ce qui se produit chez Mme D..., le type le plus curieux de l'amnésie que je puisse analyser. Le souvenir semble absent chez elle dans plusieurs circonstances, quand on l'interroge, quand elle s'interroge elle-même. Ces circonstances ont un caractère commun : le souvenir semble disparaître toutes les fois que sa personnalité est en jeu, toutes les fois où il faudrait dire : « Je me souviens. » Au contraire, le souvenir semble présent dans plusieurs autres circonstances, le rêve, le sommeil hypnotique, l'écriture et la parole, obtenues pendant qu'elle est distraite par quelque autre opération consciente. Ici encore il y a un caractère commun : le souvenir se présente quand la conscience claire et personnelle est absente, quand le souvenir est isolé, sans rapport avec la vie complète de la malade. Reprenons l'étude des deux expériences que je viens de vous montrer; elles sont, comme vous vous en êtes aperçus, difficiles à reproduire et elles échouent souvent. Dès que Mme D... fait attention à son écriture, dès qu'elle sent, ou entend sa propre parole, tout s'arrête et il n'est plus possible de manifester le souvenir. Cela est bien net, chez elle : l'attention consciente du sujet loin de faciliter l'écriture, comme il arriverait chez un simulateur, la supprime absolument. Le souvenir en un mot ne se manifeste qu'à l'insu de la personne; il disparaît quand la personne doit parler ou écrire en son propre nom, en sachant elle-même ce qu'elle fait. Je ne cherche pas à expliquer ces faits délicats, je cherche à les décrire, à les résumer. Et dans

ce sens, n'ai-je pas le droit de dire que la plupart des opérations élémentaires du souvenir, conservation, puis reproduction des images existent comme chez l'homme normal; mais que la perception personnelle des souvenirs est en grande partie supprimée.

Je crains, en vous exprimant cette façon de concevoir l'amnésie hystérique, que vous ne tombiez dans un excès fâcheux. Comment, direz-vous, l'oubli des hystériques, celui qui suit les somnambulismes, celui qui suit les crises, celui qui est continu chez la malade de M. Charcot, n'est que cela, une sorte de distraction de la personnalité; mais alors ce n'est rien et l'on peut dire que cet oubli n'existe pas, qu'il n'est qu'une complaisance du sujet. Non, certainement non, cet oubli est très réel, très pénible pour le sujet; c'est une petite lésion psychologique et ce n'en est pas moins une infirmité. Les oublis de Berthe qui survenaient à chaque instant de la journée et que je reproduis à volonté et si facilement en apparence, l'ont fait renvoyer du magasin où elle travaillait et l'ont réduite à la misère. Les oublis de Mme D... ont forcé à la transporter à Paris, à la placer pendant des mois à la Salpêtrière, loin de son mari et de ses enfants qui pleurent après elle. Une lésion pour être morale n'en est pas moins réelle et quelquefois très grave, et l'on peut être toute sa vie enfermé dans un asile pour un simple trouble de la notion de personnalité. Les amnésies hystériques, comme les anesthésies, nous semblent être quelque chose de ce genre, une diminution ou une suppression localisée ou générale de la faculté qui consiste à rattacher les images à la personnalité, de la perception personnelle des souvenirs.

III. — Messieurs, il serait peut-être prudent de nous arrêter ici : les notions que je vous ai exposées sur l'amnésie hystérique me paraissent résumer assez bien les connaissances actuelles. Peut-être est-il dangereux de chercher à s'aventurer plus loin. Cependant, il est toujours permis de raconter certains faits et d'exprimer les idées qu'ils nous suggèrent, quand on prend la précaution d'indiquer le caractère problématique de ce que l'on avance. Nous avons compris l'amnésie hystérique en général, mais je me suis demandé souvent si l'on ne pouvait pas analyser avec plus de précision tel ou tel cas particulier. Pourquoi donc, par exemple,

chez les malades qui n'ont pas des amnésies continues mais des amnésies localisées, l'oubli porte-t-il sur ce fait plutôt que sur un autre ? Pourquoi oublient-ils telle période de leur existence plutôt que telle autre? Je me hâte de dire que je n'ai pas de réponse générale s'appliquant à tous les cas, mais, dans certains cas particuliers, il m'a semblé que l'on pouvait observer certains faits déterminés en rapport avec l'amnésie et variant assez régulièrement avec elle. Si isolés que soient ces faits, nous devons vous les indiquer.

Ainsi que je vous l'ai dit en commençant, l'un des cas d'amnésie qui m'avaient le plus frappé était celui d'une malade de l'hôpital du Havre. Elle avait dans son souvenir une lacune incontestable et assez étendue de trois mois de durée, ce qui est déjà assez long et assez rare. A l'inverse des malades dont nous venons de parler, il ne suffisait pas de l'hypnotiser d'une façon quelconque pour qu'elle retrouvât les souvenirs et, malgré toutes mes tentatives prolongées pendant plus de six semaines, je n'avais retrouvé aucune mémoire de cette longue période [1]. Cette femme présentait, comme cela arrive fréquemment chez les hystériques très malades, un somnambulisme très instable, changeant continuellement, entrecoupé de spasmes et de petits accidents convulsifs. Un jour, dans un de ces états somnambuliques accidentels, elle me dit spontanément : « Vous m'avez souvent demandé ce qui s'est passé au mois d'août et au mois de septembre. Pourquoi donc n'ai-je pas pu vous répondre, c'était si simple; je le sais bien maintenant, j'ai fait ceci et cela, etc., etc. [2]... » Le souvenir des trois mois oubliés était totalement revenu ainsi que je pus le vérifier. Mais dès que ce somnambulisme changea et que le sujet entra dans l'état de veille ou dans un autre somnambulisme, ces souvenirs disparurent de nouveau complètement. J'ai cherché ce que cet état pouvait avoir de particulier et j'ai été frappé par une constatation que je continue à considérer comme intéressante : dans ce somnambulisme particulier, qui amenait le retour des souvenirs, Rose recouvrait subitement la sensibilité tactile et muscu-

[1] Il est bon de dire qu'à ce moment je ne connaissais pas comme aujourd'hui l'usage de l'écriture automatique pendant la veille et même pendant diverses variétés du somnambulisme qui probablement m'aurait donné d'autres résultats.

[2] *Automatisme psychologique*, 1889, p. 94.

laire de tout le côté droit, tandis que dans les autres états elle était perpétuellement anesthésique totale. D'autre part, grâce à des renseignements que j'ai eu le bonheur de pouvoir recueillir, il m'a été démontré que Rose était sensible du côté droit et se trouvait également hémi-anesthésique gauche pendant la période des trois mois dont le souvenir avait été perdu. La restauration accidentelle, j'en conviens, du même état de sensibilité s'était accompagné de la restauration de *tous les* souvenirs de cette période. Des faits de ce genre ont été, je crois, assez souvent signalés. Je vous rappellerai surtout l'observation extraordinaire de Louis V à laquelle de nombreux auteurs ont collaboré[1]. Ce malade célèbre présente cinq ou six personnalités différentes, ou plutôt cinq ou six états de mémoire différents, caractérisés chacun par des souvenirs et des amnésies déterminées. Je vous rappelle que dans chacun de ces états de souvenir il avait un état particulier de la sensibilité, et il suffisait, quand c'était possible, de rétablir artificiellement tel ou tel état de la sensibilité, pour faire naître immédiatement l'état de mémoire correspondant. On constate chez ce malade et chez beaucoup d'autres une relation étroite entre l'état de la sensibilité et l'état de la mémoire, telle que nous l'avions rencontrée en observant les somnambulismes de Rose.

Cette relation, nous avons cherché à la vérifier expérimentalement en produisant des anesthésies bien déterminées et en cherchant leur influence sur des souvenirs également déterminés. Nous sommes arrivés ainsi, croyons-nous, à constater certains faits qui ne nous semblent pas dépourvus d'intérêt. Bien souvent, je ne dis pas toujours, quand une hystérique a perdu complètement une certaine sensibilité, elle a perdu en même temps la faculté de percevoir les images qui dépendent de cette sensibilité. Ainsi une malade dont j'ai rapporté autrefois l'observation, était atteinte d'une dyschromatopsie complète et ne percevait ni d'un œil ni de l'autre aucune couleur. Il m'était alors impossible de lui faire éprouver aucune hallucination colorée ; elle voyait, disait-elle, les fleurs et les objets que je lui suggérais de voir, mais elle les voyait toujours gris

[1] H. Bourru et P. Burot. — *Variations de la personnalité*, 1888, surtout p. 123 et suiv. Voir dans le même ouvrage un certain nombre d'observations tout à fait analogues.

et blancs[1]. Elle n'avait pas plus à la disposition de sa perception personnelle les images des couleurs que les sensations des couleurs. Quelquefois aussi on peut faire une vérification en quelque sorte inverse; si l'on suggère très fortement au sujet qu'il éprouve une certaine sensation tactile, un chatouillement, par exemple, sur un membre qui est anesthésique, il arrive parfois que la suggestion réussit et que le sujet se plaint d'éprouver le chatouillement. A ce moment vous pouvez constater en pinçant le bras, que la sensibilité tactile est revenue tout entière à ce membre. L'image n'a pu être évoquée sans ramener en même temps dans la conscience personnelle la sensation elle-même. On peut varier indéfiniment ces expériences, et dans la plupart des cas vous constaterez une sorte de loi d'une application assez régulière ; les sensations et les images de la même espèce semblent associées ; elles sont à la fois présentes ou absentes dans la perception personnelle. Si nous

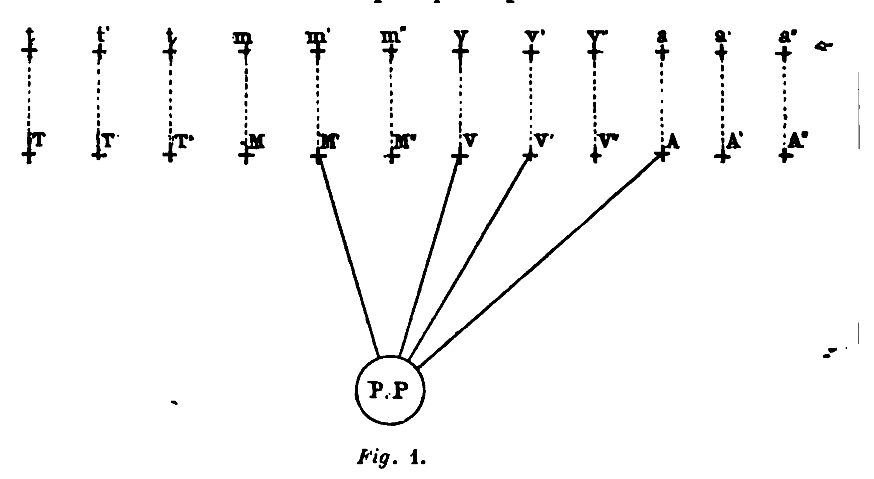


Fig. 1.

reprenons le schéma qui nous a servi dernièrement, nous pouvons à chaque sensation élémentaire T T' T", M M', etc., associer les images correspondantes, images tactiles *t t' t"*,

[1] M. Paul Richer a signalé, le premier je crois, ce phénomène : *Etudes cliniques sur la grande hystérie*, 1885, p. 707, mais il l'a constaté sur une femme qui n'était achromatopsique que d'un œil, ce qui rend l'interprétation psychologique plus difficile. Pour la discussion complète de ces expériences, voir *Automatisme psychologique*, p. 96 et p. 152.

musculaires *m m' m"*, visuelles *v v' v"* et auditives *a a' a"*. Nous lirons alors l'expression graphique de ce fait : la perception personnelle P P quand elle saisit les sensations M' V V' A est en même temps capable de saisir les images associées *m' v v' a*, au contraire en négligeant les sensations T T' T" elle perd en même temps les images *t t' t"*. En un mot, des amnésies semblent dépendantes des anesthésies. Ce serait alors la variation brusque de l'état de sensibilité qui déterminerait les amnésies localisées[1].

Ces remarques semblent justes et cependant, je dois vous avouer, qu'à mon avis, elles sont loin de résoudre entièrement le problème. En effet, il est facile de comprendre que les disparitions et les retours des souvenirs ont lieu en pratique d'une manière bien plus compliquée. La disparition d'une certaine sensation et d'une certaine image peut bien ne pas donner lieu à tous les oublis que la théorie précédente nous indiquerait. Il peut se produire des suppléances : le même souvenir, celui d'une personne qu'on a vue, par exemple, peut être représenté dans l'esprit par des images de différente nature. Les images auditives du son de la voix, le nom même de cette personne peut suffire à la rappeler à notre pensée, quand nous avons perdu l'image visuelle de son visage et bien souvent les oublis que toute anesthésie devrait amener, sont compensés et ne se manifestent guère. D'autre part, certaines images jouent dans nos souvenirs un rôle trop important : elles servent en quelque sorte de centre de ralliement autour duquel tous les autres souvenirs sont coordonnés et la perte de ces

[1] L'hystérique, incapable à cause du rétrécissement du champ de sa conscience de réunir continuellement dans une même perception personnelle toutes les sensations et les images, semble choisir pour les percevoir, tantôt les unes, tantôt les autres. Elle a une perception personnelle très instable. Les hommes ordinaires, dit M. Charcot, sont des auditifs, des visuels ou des moteurs, quelques-uns appartiennent au type indifférent. Je crois qu'il serait peut-être nécessaire d'admettre pour les hystériques le type alternatif; car elles passent naturellement ou artificiellement d'un type à un autre; elles sont, par exemple, des visuelles à l'état de veille et des motrices en somnambulisme. Naturellement, suivant qu'elles prennent tel ou tel type de pensée, elles possèdent ou elles perdent telle ou telle catégorie de souvenirs. Ces réflexions sont malheureusement trop simples encore pour s'appliquer à toutes les amnésies hystériques; elles ne sont exactement applicables qu'à des cas très particuliers, c'est pourquoi je les indique en note sans insister. Voir *Automatisme psychologique*, p. 104, l'observation d'une hystérique absolument conforme à cette description.

images, quand elle a lieu, amène des amnésies considérables, peu en rapport, en apparence, avec l'anesthésie qui les produit. Ajoutons enfin que cette association des images et des sensations, comme celle des sensations tactiles et des mouvements, est une association habituelle, très générale, mais qu'elle n'est pas nécessaire et que, dans certains cas, elle peut être rompue et vous comprendrez pourquoi je vous ai présenté cette explication des amnésies comme particulière et limitée à certains cas.

Ce n'est que dans un petit nombre de circonstances que les notions précédentes peuvent avoir des applications vraiment utiles et nous faire comprendre certains phénomènes de mémoire; nous croyons les rencontrer dans certains cas de somnambulisme. Je n'ai pas la prétention d'étudier devant vous et incidemment tous ces phénomènes psychologiques qui ont été confondus sous le nom de somnambulisme. Mon ami, M. Guinon, vous a déjà fait connaître avec une grande précision les principaux d'entre eux; je désire seulement vous en signaler quelques-uns.

Les somnambulismes, pour ne les considérer qu'à un seul point de vue, sont des modifications de la mémoire ; ce sont des états dans lesquels les sujets ont des souvenirs particuliers qu'ils ne retrouvent plus quand ils en sortent. Etant donnée la prédisposition des hystériques aux amnésies localisées, de tels états seront chez elles très nombreux, très variés et très faciles à produire. Cela résulte non des procédés que l'on emploie, mais du terrain sur lequel on opère. Parmi tous ces états somnambuliques, dont l'étude est interminable, il est tout naturel que l'on choisisse pour les examiner de préférence, ceux qui nous présentent quelques caractères intéressants. Or les caractères qui nous intéressent varient selon le but que nous nous proposons d'atteindre. Autrefois, il y a vingt ans à peine, le grand point n'était pas d'analyser en détail tel ou tel état somnambulique ; il fallait démontrer l'existence de ces états anormaux, écarter l'objection facile et banale de la simulation et obtenir le droit d'étudier ces phénomènes. Celui qui s'aventurait dans de semblables travaux risquait de compromettre sa réputation et sa carrière et s'exposait à se voir confondre avec des personnages de renommée assez douteuse, sans valeur médicale ni scientifique. Il ne pouvait donc pas présenter un somnambulisme quelconque, uniquement caractérisé par des

symptômes psychologiques. Il fallait choisir des états somnambuliques chez des hystériques qui fussent accompagnés de modifications somatiques visibles et tangibles, de caractères susceptibles de s'inscrire sur un cylindre enregistreur pour convaincre les incrédules. C'est grâce à ces travaux, ne l'oublions pas, que le droit à l'étude du somnambulisme a été conquis. Mais, il y a d'autres formes du somnambulisme, s'est-on écrié aussitôt dès que ce droit a été acquis. Qui donc vous a jamais dit le contraire? Si je vous présente ici des malades n'ayant dans leur somnambulisme que des modifications purement morales, c'est que M. Charcot les a vus et m'a demandé de vous les présenter. Il faut dans la science savoir être reconnaissant, pour que nos faibles travaux, quand ils seront bien vite dépassés, ne soient pas entièrement oubliés. Aussi, je le dis, sans hésiter, si je puis aujourd'hui vous présenter les états somnambuliques que nous étudions, c'est parce que depuis bien des années, dans cet amphithéâtre, on vous en a présenté d'autres.

Aujourd'hui, nous pouvons choisir parmi les états somnambuliques avec plus de liberté et je vous en signale quelques-uns qui me paraissent intéressants. Ainsi je vous propose d'appeler *états ou somnambulismes à mémoire réciproque* ou, pour abréger, *somnambulismes réciproques* certains états tels que le souvenir du premier se retrouve dans le second et le souvenir du second dans le premier. Par exemple, je vous ai dit que cette jeune fille, Marguerite, avait des sortes de délires consécutifs à ses attaques d'hystérie. Avec plus de précision, elle a, à la fin de l'attaque, deux périodes de somnambulisme différentes. Dans la première, elle reste immobile, les yeux fermés comme endormie, elle ne répond pas et ne paraît pas entendre. Dans la seconde, elle ouvre les yeux, remue et parle d'une manière naturelle, mais semble ne pas connaître les personnes qui l'approchent et avoir oublié tous les événements survenus depuis qu'elle est malade. Cette dernière période se termine par quelques convulsions et la malade se réveille dans son état normal avec l'oubli complet des deux états précédents. Eh bien, on peut provoquer artificiellement chez elle divers états somnambuliques; dans l'un de ces états provoqués, vous voyez qu'elle reste étendue, les yeux fermés, mais qu'elle peut parler, si on insiste. Elle nous raconte ce qui est arrivé pendant la période de sommeil qui suit la crise, que telle personne est

venue près d'elle, que son père l'a embrassée, etc. Réciproquement, si je lui dis maintenant quelque chose, elle pourra me le répéter, dans sa prochaine crise, pendant cette même période de sommeil. Ce sont donc là deux états à mémoire réciproque.

Pendant qu'elle est endormie, forçons-la à ouvrir les yeux, il arrive alors une chose qui est loin d'être ordinaire pendant le somnambulisme, elle change totalement d'état et perd le souvenir de ce qu'elle vient de me dire quand elle avait les yeux fermés. Mais par contre, elle a acquis des souvenirs tout nouveaux, elle me raconte ce qui s'est passé pendant le deuxième somnambulisme de son attaque et réciproquement dans cette période de l'attaque elle se souvient de ses somnambulismes artificiels les yeux ouverts. Voici encore deux états réciproques.

Eh bien, dans les états de ce genre, vous remarquerez, je crois, très souvent un fait important : c'est que l'état de la sensibilité est le même dans les deux états réciproques. Vous pourriez le vérifier ici avec précision, si nous avions le loisir d'étudier en détail les divers états psychologiques que cette malade traverse. Vous verriez que les états de mémoire ne deviennent identiques qu'au moment seulement où les répartitions de la sensibilité sont devenues équivalentes.

Je n'insiste pas sur d'autres variétés de la mémoire pendant le somnambulisme : je ne fais que vous signaler les *états supérieurs* et les *états inférieurs*. Dans les premiers, le sujet a le souvenir de tous les autres, mais la réciproque n'est pas vraie et dans les seconds il ne se rappelle pas les états supérieurs.

Il n'y a qu'un seul état de ce genre dont je crois aujourd'hui la connaissance indispensable, c'est celui qui mérite d'être appelé le *somnambulisme complet*. Cette expression a été employée pour la première fois et avec beaucoup de justesse par M. Azam, pour désigner l'un des états psychologiques de Félida X... [1]. Nous avons eu l'occasion de constater cet état à plusieurs reprises chez des hystériques et nous l'avons décrit avec soin, car nous y attachons une assez grande importance [2].

[1] Azam. — *Hypnotisme, double conscience et altérations de la personnalité*, 1887, p. 133.

[2] *Automatisme psychologique*, p. 87, 105, 178.

Par bonheur, nous pouvons vous présenter ici un cas remarquable de ce phénomène, qui est en réalité assez rare. Voici une malade du service qui est bien connue de vous tous, Witm. Elle est maintenant dans son état de veille, c'est-à-dire dans son état normal, le plus habituel. Je vous rappelle l'état de sa sensibilité à ce moment : anesthésie tactile et musculaire totale, rétrécissement considérable du champ visuel, achromatopsie de l'œil gauche et surdité de l'oreille gauche. Vous savez ce qu'il faut entendre par ces anesthésies. En réalité, je ne vous dis pas que Witm, soit réellement insensible ou sourde de l'oreille gauche. Non, son oreille gauche entend parfaitement, en voici une preuve. Pendant qu'elle ferme son oreille droite je lui commande tout bas de lever le bras au moment où je le toucherai, et vous voyez que son bras exécute très bien la suggestion, quoique Witm prétende n'avoir rien entendu, rien senti... En réalité, il s'agit là d'une anesthésie, analogue à celles que nous avons décrites dernièrement et qui n'affecte que la perception personnelle. En outre, dans cet état de veille, Witm souffre de nombreuses amnésies, ses crises, ses somnambulismes nocturnes, toutes les périodes du somnambulisme artificiel, de longues époques de sa vie, des événements récents, tout cela est absolument oublié et elle a autant de lacunes dans ses souvenirs que dans ses sensations.

Je regrette de ne pouvoir endormir cette malade devant vous, comme j'ai fait pour les autres : le somnambulisme que je désire vous montrer est chez elle, un peu long et délicat à produire. Cela dépend, comme vous savez des sujets et de leurs dispositions. L'un de ces messieurs s'est chargé de l'endormir au dehors et nous la ramène dans cet état que je veux vous décrire [1]. Il est facile de voir par sa conversation que toutes les amnésies précédentes ont absolument disparu ; elle se souvient de tous les événements récents ou anciens et n'a plus de lacunes dans ses souvenirs ; elle sait tous les somnambulismes artificiels par où elle a passé, elle se rappelle même, détail curieux, les premières séances de somnambulisme de sa jeunesse, et raconte la première hallucination visuelle qu'on lui a suggérée, celle d'une souris blanche. La

[1] Pour l'étude de ce somnambulisme complet de Wit..., voir le travail de Jules Janet, *Hystérie et somnambulisme, d'après la théorie de la double personnalité.* (*Revue scientifique*, 1888, t. I, p. 616.)

mémoire est rétablie chez elle d'une façon merveilleuse. Mais en même temps, et j'attire votre attention sur ce point, elle a perdu tous ses stigmates hystériques, et ne présente plus aucune anesthésie. La sensibilité tactile est délicate, plus de signe de Romberg, plus de rétrécissement du champ visuel, aucune achromatopsie. C'est dans ce somnambulisme complet que nous voyons le mieux l'association de la sensibilité et de la mémoire dont je vous ai parlé. Certains sujets ont donc des amnésies sous la dépendance de leurs anesthésies, ou mieux, certains sujets ont des amnésies et des anesthésies inséparables, dépendant toutes deux d'une même cause plus profonde, la faiblesse de leur perception personnelle et quand l'un de ces symptômes disparaît, on peut prévoir que le second va disparaître également.

Ce n'est pas là comme je vous l'ai dit, l'explication de toutes les amnésies localisées, beaucoup d'entre elles se rattachent à des phénomènes de suggestion dont nous n'avons pas parlé, mais c'est du moins un commencement d'explication pour quelques-unes et nous n'avions pas le droit de négliger ces quelques indications ; elles précisent la comparaison des anesthésies et des amnésies que nous avions entreprise.

Permettez-moi, messieurs, pour conclure, de vous rappeler en quelques mots les notions que nous avons acquises aujourd'hui. Le phénomène de l'amnésie occupe dans la pathologie de l'esprit une place toute particulière et il est le point de départ d'une grande quantité de symptômes très variés. C'est pourquoi j'ai cru nécessaire de vous entraîner dans cette étude un peu abstraite. Après avoir constaté l'existence très fréquente des amnésies hystériques, nous avons examiné d'une façon assez nette, l'analogie qui existe entre ce nouveau phénomène et les anesthésies hystériques. D'un côté comme de l'autre, il n'y a pas une véritable destruction des phénomènes psychologiques élémentaire, des sensations ou des images ; il n'y a toujours qu'une impuissance, une insuffisance du pouvoir centralisateur. C'est toujours une perception personnelle, incapable de rattacher tous les éléments à l'ensemble de la personnalité ; tantôt elle néglige des images comme au hasard, elle laisse se produire des amnésies vagues et continuelles ; tantôt elle semble prendre le parti de négliger certaines images déterminées, ayant des caractères particuliers, et nous voyons naître les plus curieuses amnésies localisées. Quant à

la raison qui détermine ces localisations particulières de l'amnésie, nous croyons que, dans certains cas, elle peut être trouvée dans les anesthésies qui surviennent à ce moment, et mieux dans les variations de la sensibilité consciente. Mais nous savons que cette explication est très particulière et que bien souvent des influences plus complexes encore doivent intervenir.

RECUEIL DE FAITS.

Asile public d'aliénés de Bonneval.

ÉPILEPSIE ANCIENNE D'ORIGINE TRAUMATIQUE (FRACTURE DU CRANE). — TRÉPANATION AU NIVEAU DE LA CICATRICE OSSEUSE. — PAS DE MODIFICATION DANS L'ÉTAT DU SUJET;

Par les Drs MAUNOURY et CAMUSET.

Les succès obtenus par la trépanation dans la cure de l'épilepsie limitée, ont engagé les chirurgiens à employer le même moyen dans l'épilepsie totale. Malgré les améliorations et les guérisons dont nous trouvons la relation dans les journaux anglais et américains, on peut dire que, jusqu'à présent, les résultats ont été médiocres, et cependant dans la plupart des cas on avait été guidé, pour placer l'instrument, par un symptôme local : aura motrice, douleur persistante, trouble de la parole, etc. En lisant les observations favorables, les seules qui sont en général publiées, un peu hâtivement peut-être, on se laisserait volontiers aller à un optimisme exagéré qui pourrait causer des déceptions et jeter un certain discrédit sur une opération destinée à rendre de grands services là où elle est réellement indiquée. Ce sont donc les indications et les contre-indications qu'il y a lieu de bien savoir établir. Ce nouveau chapitre de pathologie est d'ailleurs en partie ébauché dans les ouvrages de chirurgie qui ont récemment paru en

France[1]. L'observation que nous publions ici tend à confirmer ce fait généralement admis aujourd'hui, que l'ancienneté des attaques épileptiques et l'apparition de la démence doivent figurer sur la liste des contre-indications.

Observation. — Le nommé Ser... (Alexandre), âgé de vingt-trois ans, domestique de ferme, entré à l'asile d'aliénés de Bonneval le 14 septembre 1891.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère de Ser... sont bien portants et sans tare neurophathique d'aucune sorte. Ils ont eu neuf enfants tous vivants aujourd'hui.— Les grands parents paternels et maternels ont été également exempts de toute tare neuropathique. — On n'a jamais, en somme, noté de maladie nerveuse ou mentale chez aucun membre de la famille. Il se pourrait cependant, mais la chose n'est pas certaine, qu'un grand-oncle paternel ait eu quelques attaques convulsives.

Antécédents personnels. — La grossesse de la mère a été normale et l'accouchement s'est effectue facilement. — A huit mois, Ser... a eu, une fois, des convulsions. Cet accident est resté isolé et il a eu une très bonne santé jusqu'à l'âge de quatorze ans. A ce moment, étant domestique de ferme, il reçut un violent coup de pied de cheval à la tête. Il en résulta une plaie avec fracture du crâne à la partie antérieure et latérale. Cette plaie guérit très rapidement, mais trois mois après Ser... avait sa première attaque d'épilepsie.

Voici son histoire à partir de ce moment ; les crises d'épilepsie sont d'abord rares, puis elles se rapprochent, sans cependant l'empêcher d'exercer sa profession de domestique de ferme. Il reste, en effet, en place jusqu'à l'âge de vingt ans, mais à cet âge, il tombe au moins une fois par semaine. Pris par le service militaire, il est réformé après quelques semaines d'observation. Rentré dans sa famille, il ne peut plus trouver à se placer, il tombe trop souvent. Enfin les attaques deviennent de plus en plus fréquentes et en même temps l'intelligence s'affaiblit. Quand il entre à l'asile, en septembre 1891, c'est un dément épileptique.

A partir de cette date, nous pouvons l'observer directement et nous ne sommes pas réduits aux seuls renseignements donnés par son père. — Il est très robuste et d'un assez fort embonpoint. Il marche lourdement, mais la motilité est intacte, aucune paralysie ni parésie localisées. Rien à noter non plus au point de vue de la

[1] Article de Gérard Marchand dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. III, p. 552. — *Traité de thérapeutique chirurgicale* de Forgue et Reclus, t. II, p. 38 et 79.

sensibilité. La sensibilité générale semble normale, la sensibilité spéciale également. — Facies sans expression. Les facultés intellectuelles, particulièrement la mémoire, sont très affaiblies. Conceptions lentes et diffuses. Parole lente mais bien articulée.

Les attaques d'épilepsie sont violentes et surviennent irrégulièrement, mais avec tendance à la série. Au dire du père, depuis dix-huit mois, il avait souvent, tous les douze ou quinze jours environ, une série de cinq, six et même sept attaques dans une journée. Le reste du temps, il tombait irrégulièrement, quelquefois tous les jours pendant trois ou quatre jours consécutifs, d'autrefois, une seule fois dans tout le cours de la semaine, il lui arrivait même de rester quinze jours consécutifs sans une seule attaque. En somme, on pouvait estimer à une quinzaine environ le nombre des attaques tous les mois. — Sans être réellement ivrogne, Ser... buvait parfois avec excès de l'eau-de-vie, quand il en trouvait l'occasion. A la suite de ces accès d'intempérance, les attaques devenaient plus fréquentes.

Le malade étant arrivé à l'asile le 14 septembre et ayant été trépané le 16 octobre, nous avons pu compter les attaques qu'il a eues pendant trente jours. Il en a eu dix-huit, avec un nombre maximum de cinq dans une journée, et avec un intervalle de neuf jours consécutifs exempts d'attaque. Ce résultat confirme assez bien l'exactitude des renseignements fournis par la famille : pendant le mois, une série de cinq attaques dans un jour, un intervalle de neuf jours sans aucune attaque, et un nombre total de dix-huit attaques.

On n'a jamais observé que des grandes attaques convulsives, jamais de vertige. Il n'y a pas d'aura. Il paraît qu'autrefois il en existait une, mais peu prononcée. Au moment de tomber, le malade sentait que sa tête s'embarrassait, il était averti par une sorte de vertige. — La crise est classique : cri, chute, période tonique, période clonique et coma avec ronflement. *Il n'y a pas prédominance des mouvements convulsifs à droite ou à gauche.* Au début de l'attaque, la tête s'incline légèrement à droite.

Nous avons dit que les facultés intellectuelles étaient affaiblies : le malade en est, en effet, arrivé, par suite de l'épilepsie ancienne, à un degré bien caractérisé de démence. Il faut aussi noter des accès de folie épileptique, inconscients et passagers, qui surviennent quelquefois, très rarement, à la suite des séries d'accès. Le sujet alors n'est pas réellement agressif, mais il tracasse, il se livre à des actes bizarres ou sans but, et rien ne peut l'empêcher d'accomplir l'acte qu'il a entrepris, il lutte au besoin si l'on cherche à le maintenir. C'est là, du reste, un phénomène psychique bien connu de l'épilepsie.

Le traumatisme ancien a laissé une cicatrice très visible et très

sensible au toucher, sur le cuir chevelu, cicatrice linéaire de dix centimètres de longueur qui commence à un point du cuir chevelu situé un peu au-dessus du front, sur la ligne médiane, à la partie antérieure et médiane du cuir chevelu, par conséquent. De là, elle se porte en haut en arrière et un peu à droite, de façon à se terminer sur le côté droit du crâne à quatre centimètres de la ligne médiane. Elle recouve donc, d'abord la partie supérieure et médiane du frontal, puis une petite partie, partie antéro-supérieure du pariétal.— Au-dessous, répondant à la cicatrice cutanée, on sent une cicatrice osseuse, saillante et un peu rugueuse, ayant la même direction et la même longueur que la cicatrice cutanée, mais plus large qu'elle. — En se guidant sur la région du crâne qui répond à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando, région trouvée d'après le procédé ordinaire avec l'équerre flexible, on voit que l'extrémité de la cicatrice osseuse n'arrive pas tout à fait jusqu'au niveau de la frontale ascendante. Pourtant cette cicatrice étant assez large, nous l'avons déjà noté, il est possible que la frontale ascendante soit un peu comprimée par elle dans un espace très limité, situé à quatre centimètres de la scissure interhémisphérique. Mais la compression porte particulièrement sur les première et deuxième frontale.

On peut résumer ainsi tout ce qui précède : un jeune homme exempt d'hérédité névropathique (car l'épilepsie du grand-oncle est hypothétique), mais ayant cependant une certaine tendance aux convulsions (la preuve en est dans l'unique convulsion de l'enfance signalée), éprouve à l'âge de quatorze ans un violent traumatisme qui produit une fracture du crâne au niveau de la région antéro-supérieure droite. Trois mois après l'accident il devient épileptique. L'épilepsie marche toujours en s'aggravant et aujourd'hui, neuf ans après l'accident, le sujet est en démence épileptique et il a une quinzaine de grandes attaques convulsives tous les mois.

Il nous paraît certain que, dans ce cas, le traumatisme est le facteur étiologique de l'épilepsie. La prédisposition native aux convulsions, signalée, ne milite pas contre notre diagnostic, il est reconnu que la prédisposition névropathique se retrouve en général chez tous les sujets atteints d'affections des centres nerveux, même quand ces affections sont déterminées par le traumatisme. Enfin la cicatrice osseuse que nous avons décrite doit comprimer les deux premières circonvolutions frontales droites ainsi qu'une partie de la frontale ascendante. (L'intervention chirurgicale nous permit de voir que

cette compression était bien réelle et que la saillie osseuse externe s'accompagnait d'une saillie interne.) Dans ces conditions, la trépanation au niveau de la cicatrice nous parut parfaitement indiquée.

L'opération fut faite le 16 *octobre* 1891. — L'incision des parties molles fut pratiquée sur la cicatrice et dans toute son étendue. On constata alors que la surface osseuse était rugueuse et qu'elle présentait des saillies et des dépressions irrégulièrement disposées. Trois couronnes de trépan furent enlevées et la fenêtre osseuse fut agrandie et régularisée avec la pince de Lucas-Championnière. — Il n'y avait pas d'adhérence entre la dure-mère et le crâne. Il existait des saillies osseuses internes très prononcées qui évidemment devaient comprimer les portions sous-jacentes du cerveau. Ainsi une rondelle enlevée avait, à un certain endroit, 7 millimètres d'épaisseur, et à un autre 12 millimètres et les 5 millimètres d'accroissement étaient dus à l'épaississement de la table interne de l'os. — A un moment donné, on dut opérer au-dessus du sinus longitudinal supérieur, lequel ne fut pas ouvert, mais un de ses affluents le fut sans doute, car il y eut alors une hémorrhagie d'une certaine abondance qui fut arrêtée par la compression au moyen de petits tampons de gaze iodoformée. Ce fut le seul incident notable de l'opération. La plaie fut drainée au moyen d'une petite bande de gaze iodoformée et ensuite suturée.

Voici ce qui se passa après cette opération faite, bien entendu, conformément aux prescriptions rigoureuses de l'antisepsie. La température normale, le premier jour, monta à 38°, le second à 38°,4, le troisième à 38°,2, le quatrième à 38°,7. Ce jour-là, à la suite d'une attaque, il y eut un accès d'agitation maniaque intense qui persista jusqu'au lendemain, le malade se débattait, criait, voulait se lever et arracher son pansement. Le cinquième jour, la température monta à 39°,1 et le sixième à 39°,9. A ce moment, la situation était grave, le facies était très rouge, tendance au coma, on craignait fort une méningo-encéphalite généralisée. Ces accidents pouvant également être dus à un drainage défectueux, on enleva toutes les sutures. Les symptômes menaçants disparurent progressivement et la plaie finit par se cicatriser sans qu'il survint d'autre accident.

De suite après l'opération et pendant les premiers jours qui la suivirent, il y eut une série d'attaques d'épilepsie : neuf le jour de l'opération, cinq le lendemain, trois le jour suivant. Les symptômes graves sus-mentionnés avaient peut-être leur point de départ dans les perturbations produites dans la circulation cérébrale par cette série d'attaques.

Il y a maintenant trois mois que la trépanation a été pratiquée, voici la statistique des attaques pendant ce laps de temps :

1er MOIS	Attaques	2e MOIS	Attaques	3e MOIS	Attaques
16 octobre. . . .	9	20 novembre. . .	3	16 décembre. . .	1
17 —	5	21 — . . .	4	17 — . . .	1
18 —	3	24 — . . .	1	19 — . . .	1
Pas d'attaques jusqu'au 1er novemb.		26 — . . .	1	20 — . . .	1
		27 — . . .	1	Pas d'attaques jusqu'au 31 décemb.	
1er novembre. . .	2	28 — . . .	1		
2 — . . .	3	29 — . . .	1	31 décembre. . .	4
3 — . . .	4	30 — . . .	1	1er janvier (1892).	3
4 — . . .	4	4 décembre. . .	1	2 —	1
5 — . . .	6	5 — . . .	1	8 —	1
Pas d'attaques jusqu'au 20 novemb,		7 — . . .	1	10 —	3
		13 — . . .	1	12 —	1
Total du mois.	36	Total du mois.	17	Total du mois.	17

En résumé, le premier mois il y eut 36 attaques, le second mois 17 et le troisième 17 également. — Le nombre de 36 attaques dans un seul mois n'avait peut-être jamais été noté jusqu'alors. Il est bien difficile de ne pas voir dans cet accroissement insolite du chiffre des accès une conséquence de l'intervention chirurgicale, surtout quand on considère que, de suite après l'opération, il s'est déclaré une série de 9 attaques. — Aujourd'hui les attaques ne sont ni plus ni moins nombreuses qu'elles n'étaient avant la trépanation. On retrouve en outre dans les tableaux ci-dessus la tendance à la série signalée autrefois, ainsi que la grande irrégularité en dehors des époques sériales. On y trouve également ces périodes plus ou moins longues exemptes d'attaques observées aussi autrefois. Bref, l'intervention chirurgicale n'a produit aucune modification, ni dans le nombre des attaques, ni dans leur sériation. Elle n'en a pas davantage apporté dans leur intensité. Les accès d'aujourd'hui sont absolument ceux d'autrefois comme durée, forme, etc. Aujourd'hui comme autrefois, les mouvements convulsifs ne prédominent ni à droite, ni à gauche. — L'état mental, enfin, n'a pas changé non plus, et la démence en est toujours au même degré.

Et cependant l'indication de la trépanation était légitime. Certainement nous n'espérions pas guérir la démence[1], mais

[1] Cependant, à en croire plusieurs confrères américains, la trépanation guérirait souvent les affections mentales d'origine traumatique les plus

nous espérions peut-être la diminuer, sinon directement, au moins indirectement, en faisant cesser les accès convulsifs, ou seulement en les rendant moins fréquents. Ce dernier objectif, rendre les accès moins fréquents, nous avions le droit de compter l'atteindre, en nous basant sur les nombreuses observations publiées.

Toutes nos espérances ont été déçues; notre malade est aujourd'hui, 16 janvier 1892, exactement tel qu'il était avant d'être trépané.

On nous reprochera peut-être de ne pas avoir poussé plus loin l'intervention, et, après avoir ouvert le crâne, de ne pas avoir incisé la méninge et réséqué au besoin la portion sclérosée de la substance corticale sous-jacente. L'absence de symptômes localisés nous en a empêché, car jusqu'à plus ample informé, nous admettrons que l'action chirurgicale portant *directement* sur le cerveau, pour être légitime, doit avoir au moins son siège et son étendue rigoureusement tracés par les symptômes.

AUTOMATISME AMBULATOIRE CHEZ UN DIPSOMANE;

Par M. le Dr A. SOUQUES,
Ancien interne (médaille d'or) des Hôpitaux

Eugène L.... trente-trois ans, employé, se présente avec sa femme, le 14 janvier 1891, à la consultation externe de M. le professeur CHARCOT, à la Salpêtrière.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Son père qui est mort à cinquante-cinq ans, d'un cancer de l'estomac était un homme sobre et nullement nerveux. Sa mère vit encore; c'est une femme d'humeur changeante, bizarre, originale, « un drôle de caractère avec qui on ne peut vivre ». Ses grands parents lui sont inconnus; il ne peut donner sur eux aucune espèce de renseignement. Du côté des

diverses. Lire dans *American Journal of Insanity*, années 1886 et 1887, de nombreuses observations publiées par les docteurs Flechter et Selden, et se rapportant à des guérisons par la trépanation, de manies intermittentes, de manies impulsives, suicides, impulsion, de mélancolie suicide, etc... Dans certains cas, l'affection était très ancienne, *parfois on dut recourir à deux trépanations successives pour parfaire la guérison.*

collatéraux, on trouve dans la branche maternelle, une hérédité névropathique très nette. Un oncle de la mère est *mort fou*. Notre malade ne peut préciser la variété d'aliénation car on cachait la chose et on n'en parlait jamais dans la famille. En outre, un cousin germain de sa mère, est également *devenu fou*, à la suite de contrariétés et d'ennuis de famille et a été enfermé durant quatre mois à Sainte-Anne. Il serait actuellement guéri et n'aurait jamais été repris. Enfin notre malade a une sœur âgée de vingt et un ans qui est bien portante et n'est pas nerveuse.

Antécédents personnels. — Eugène L..... est né d'une grossesse gémellaire terminée par un accouchement prématuré (à 7 mois). Son frère jumeau est mort aussitôt après la naissance.

Lui-même a eu une première enfance chétive et délicate. On le changeait souvent de nourrice attribuant sa débilité à l'absence de soins. Il a marché très tard, vers trois ou quatre ans et il se rappelle qu'on le portait à cette époque sur des oreillers. Il a eu, en bas âge, le *carreau* (?) et des *convulsions*. Vers sept ans, on l'a mis en classe. Il apprenait, dit-il très difficilement et a toujours été très en retard sur les autres enfants de son âge. Du reste, au point de vue du caractère, il différait aussi de ses petits camarades : il n'était ni joueur ni turbulent et se tenait à l'écart, toujours triste et taciturne. Pour faciliter son développement physique et moral, ses parents l'ont mis à la campagne, à Villier-le-Bel, dans une institution où il a appris à lire, à écrire et à compter, mais il n'a pas poussé ses études plus loin, parce que, dit-il, on a vu qu'il en était incapable.

A quatorze ans, on le retire de cette institution et on le place à Paris comme apprenti relieur. Il reste dans la reliure pendant dix ans et, durant tout ce temps, ne fait que deux maisons. Il n'a changé d'atelier que pour gagner davantage et se perfectionner. C'était un bon ouvrier à qui ses patrons n'avaient rien à reprocher.

Durant son adolescence et sa jeunesse, il a toujours vécu seul, sans amis. Il allait assez souvent au théâtre, mais toujours seul. Il fréquentait aussi volontiers les musées, les Arts et métiers, Cluny, etc., et y prenait un certain intérêt, mais là encore, il allait tout seul. Quand on lui demande la raison de cet isolement, il répond : « Je n'aimais pas à être lié ».

A vingt et un ans, il tire au sort et est dispensé du service militaire comme fils aîné de femme veuve.

A vingt-cinq ans, il quitte la reliure pour rentrer comme employé dans un atelier de fonderie mécanique. Son rôle consistait à faire « les approvisionnements », c'est-à-dire à délivrer les marchandises aux ouvriers de la maison et à inscrire sur un livre tout ce qu'il avait livré.

A vingt-huit ans, en 1885, il se marie. De ce mariage naît un enfant âgé actuellement de dix mois et qui n'a jamais été malade.

DÉBUT DE LA DIPSOMANIE. — Ce début est difficile à préciser. Sa femme déclare avoir remarqué, quinze jours après son mariage que son mari buvait. A certains jours, il avait dit-elle, le regard vague « l'air hébété et le caractère agaçant ». Cela se présentait une fois par mois en moyenne, quelquefois moins souvent. Elle croyait alors qu'il avait bu et se faisait du mauvais sang en se disant : j'ai épousé un garçon qui a la tête dérangée. On lui a dit, du reste — propos de marchands de vin — que son mari buvait avant le mariage.

Et c'est très vraisemblable. En effet L.... pressé de questions, avoue des envies irrésistibles de boire, *depuis l'âge de vingt ans*.

Ces envies revenaient à l'origine tous les deux mois environ et duraient une journée : Au milieu de son travail, il était tout à coup pris d'une impulsion ; il s'en rendait très bien compte et savait qu'il faisait mal, mais l'impulsion était plus forte que sa volonté. Il quittait subrepticement l'atelier, tâchant de ne pas être vu et courait chez un marchand de vin. Là, tout seul, sans rien dire, coup sur coup, il avalait deux ou trois verres de vin — toujours du vin — ; puis, après avoir payé, regagnait son magasin, honteux de sa conduite. La scène entière avait à peine duré cinq minutes.

A la longue, ces accès de dipsomanie sont devenus plus accusés et plus longs ; il descendait plusieurs fois dans la journée chez le marchand de vin et toujours dans les mêmes conditions poussé par une force invincible ; la boisson « l'attire sans besoin ». A peine est-il revenu de chez le marchand de vin que, quelques instants après, sous la même impulsion il redescend. « Je sais, dit-il, qu'il ne faut pas que j'y aille, que je fais mal, mais c'est plus fort que moi. »

Deux fois son patron l'a surpris dans ces escapades ; il lui a fait des remontrances sévères, l'a menacé de le renvoyer, etc. Et il a recommencé quand même. Et si on ne l'a pas renvoyé, c'est en souvenir de son père qui a été longtemps un caissier modèle dans cette maison.

Dans ces périodes de crises dipsomaniques, il est, dit sa femme, tout changé. Le soir, quand il rentre, il est taciturne, indifférent, ne regardant ni sa femme ni son enfant qu'il adore en temps normal. En plus, il est « énervé », mais sans violence ni brutalité. Le regard hébété et hagard, « il a l'air d'avoir la tête dérangée ». « il est assommant et trouve à redire à tout », ajoute sa femme ; quand on lui demande ce qu'il a, il dit simplement : « je sens que je suis malade, je ne sais pas ce que j'ai. »

L.... se rappelle très bien l'état spécial dans lequel il se trouve dans ces périodes ; il s'en rend parfaitement compte. « Je voudrais

me corriger, dit-il, et je ne peux pas y arriver, je me fais la morale en dedans. J'ai honte de moi, et je souffre. Tout me crispe et m'agace. »

En dehors des accès de dipsomanie, il est très sobre. Chez lui, chez des amis, il ne boit pas ou très modérément comme tout le monde Il est doux, affectueux, intelligent, on ne peut plus raisonnable, en un mot.

Depuis quelque temps, sa femme croyant supprimer ces excès lui avait supprimé tout argent. Mais il a continué et a bu alors à crédit. Sa femme a dû payer des notes chez tous les marchands de vin des environs. Depuis le mois de mai 1890, elle a ainsi payé pour frais de boisson, chez divers débitants, cent francs par trimestre, c'est-à-dire trente à trente-cinq francs par mois.

FUGUES. — *La première fugue* a eu lieu dans les premiers jours de mai 1890. Elle a été immédiatement précédée d'une période de dipsomanie qui a duré une dizaine de jours. Durant ces dix jours, il a bu plus que d'ordinaire, dit sa femme, car il était beaucoup plus hébété que d'habitude. Et du reste, cet accès de dipsomanie a duré aussi plus que les accès habituels.

Donc, dans les premiers jours du mois de mai, il s'est levé un matin à 6 heures comme d'ordinaire pour aller à son travail. A peine est-il sorti de la porte-cochère qu'il est pris de l'impulsion irrésistible de marcher. Et sans penser davantage à son travail, envahi par cette obsession, il file droit devant lui, sans but aucun. Il avait cependant conscience de ce qu'il faisait en partant ainsi et il a gardé très précis le souvenir de tous ses actes. Mais l'impulsion dominait tout; il fallait qu'il marchât. Donc, il part sans savoir où, sans connaître le chemin; « là où les chemins me conduisaient, j'allais » dit-il. Il a ainsi passé, dans cet état d'impulsion consciente ou subconsciente, derrière le cimetière du Père-Lachaise — il reste rue du Chemin-Vert, 98. — Puis il a traversé Bagnolet, sans s'arrêter, a pris ensuite la route de Vincennes et est arrivé à travers bois jusqu'à Joinville. Là, il s'est arrêté au pont, a regardé quelle heure il était — il était midi — et est rentré dans un restaurant pour déjeuner. Il sait que ce restaurant est situé dans la rue de Joinville, mais il ignore ou ne se rappelle plus le nom du restaurateur. Il sait parfaitement qu'il a mangé une soupe, du bœuf, du fromage et bu une simple chopine de vin, le tout pour la somme de vingt-cinq sous, croit-il. Ce déjeuner terminé, il est encore reparti à travers champs, poussé encore par le même besoin de marcher. Il se rappelle avoir passé par Champigny, La Varenne, Saint-Maurice et s'être arrêté en revenant dans le bois de Vincennes. Il faisait nuit. Il a alors erré quelque temps dans le bois, puis, se sentant fatigué, s'est endormi et a passé la nuit à la belle étoile.

Le matin, au réveil, l'impulsion n'était pas encore satisfaite ; il est reparti, malgré lui et par le même chemin que la veille, pour Joinville. Il a déjeuné chez un restaurateur différent, et après son déjeuner s'est dirigé vers Paris. Il arrive à Paris vers cinq heures du soir; l'accès impulsif semble s'être terminé à la suite d'une violente crise de nerfs. Mais comme il était honteux de sa conduite n'osant rentrer, il a attendu que la nuit fût venue, et c'est vers 10 heures du soir, c'est-à-dire *quarante heures après son départ*, qu'il est rentré chez lui.

Il était, raconte sa femme, dans un état lamentable, les vêtements sales, non déchirés cependant, avec quelques égratignures au cou. Il tremblait de tous ses membres et suffoquait, incapable de proférer une parole. Sa femme a essayé de le calmer, et lui a fait boire un peu d'éther. Une fois qu'il a été remis, il a fait le récit de sa fugue en pleurant. « J'aurais bien voulu me tuer, dit-il, mais j'ai pensé à ma femme et à mon enfant. »

Il s'est couché; le lendemain, il était tout à fait calme mais fatigué, courbaturé. Il a été trouver son patron à qui il a raconté son aventure, et qui lui a conseillé de se reposer vingt-quatre heures avant de reprendre son travail.

A la suite de cette fugue, il a travaillé durant un mois, très raisonnable, sans aucun accès de dipsomanie. Mais au bout de ce temps, l'impulsion à boire a reparu invincible. Et vers Noël, après un accès dipsomanique qui a duré une quinzaine de jours, il a fait une nouvelle fugue.

Deuxième fugue. — Le samedi à 6 heures (10 janvier 1891), il part de chez lui pour aller à son bureau, comme d'habitude. A peine est-il dans la rue qu'il est pris de la même impulsion ambulatoire, et il part encore, droit devant lui, sans but déterminé. Il prend le même chemin que la première fois, déjeune encore à Joinville chez un marchand de vins, boit une demi-bouteille de vin en mangeant une côtelette et du pain qu'il avait emportés de chez lui. — Il emportait d'ordinaire quelque chose pour manger à son bureau. — Ce déjeuner terminé, il repart toujours par les mêmes chemins. Le soir il arrive à Vincennes, entre dans un hôtel et demande une chambre pour passer la nuit. Le lendemain matin il se lève de bonne heure, paye son écot et se dirige vers son domicile. L'impulsion n'existait plus, elle semble être terminée par une crise d'étouffement et de larmes. Alors il prend la rue de Charenton et rentre chez lui.

Il était propre et bien ciré (il avait passé la nuit dans un hôtel). Il s'est encore mis à pleurer en disant : « Voilà, c'est comme la première fois. »

Cette fugue avait duré *vingt-huit heures*.

Depuis lors, depuis trois jours par conséquent, il est tout à fait

dans son état normal. Il nous fait le récit de ses aventures avec tristesse.

État actuel (14 janvier 1891). — L... est de taille moyenne et d'aspect vigoureux. Son visage d'un ovale très allongé est asymétrique, le lobule de l'oreille adhérent, la voûte palatine ogivale.

Il n'a jamais eu de maladies vénériennes, *jamais de crise convulsive* d'aucune espèce, jamais d'absences ni de vertiges ; bref aucun signe apparent de mal comitial.

Au point de vue hystérique, l'interrogatoire et l'examen ne révèlent aucun stigmate actuel ou passé. Du côté de la sensibilité générale et spéciale, on ne trouve rien de particulier. Le contact, la piqûre, la température sont perçues sur toute la surface du corps et pareillement de chaque côté. Le goût, l'odorat, la vue ne présentent rien de notable. L'ouïe est affaiblie du côté gauche, mais le malade souffre de l'oreille correspondante depuis deux ans. Il a été jadis examiné par M. Tillaux qui a diagnostiqué une affection catarrhale de la trompe. Aucune zone hystérogène ou douloureuse. C'est un homme d'une émotivité excessive : « Pour un homme, dit sa femme, il pleure facilement. » Ainsi la lecture seule d'un passage triste dans une lettre ou dans un journal le fait pleurer, et cela bien entendu en temps normal, en dehors de tout accès de dipsomanie. Cette émotivité est encore plus manifeste à la fin d'une crise ambulatoire : à la fin de la fugue, il est pris de sanglots et d'étouffements et pleure comme un enfant. Après chaque fugue, l'impulsion complètement assouvie, il a été pris d'une crise de larmes. Du reste, à la suite d'un ennui, d'une réprimande légère, il éprouve des suffocations avec sensation de constriction au niveau de l'estomac et de la gorge. Il ne peut plus parler, mais il ne perd nullement connaissance et n'a aucune secousse convulsive. Bientôt les larmes arrivent et terminent la scène.

L... n'est pas alcoolique. On ne trouve chez lui aucun signe d'intoxication chronique. La santé générale, ses divers viscères sont absolument normaux, ainsi du reste que ses facultés mentales et affectives.

Le 14 janvier, on le soumet au traitement bromuré, aux doses progressives de quatre, cinq et six grammes par jour. Il revient au bout d'un mois, sans avoir présenté aucun phénomène digne d'être noté.

13 *mars* 1892. — Le malade est revenu nous revoir sur notre demande. Il a suivi le traitement bromuré jusqu'au mois de juin 1891 et l'a ensuite cessé. En décembre il a perdu son fils unique et éprouvé un vif chagrin. A cette occasion, l'impulsion dipsomaniaque s'est encore manifestée mais semble avoir été conjurée par la reprise du traitement bromuré. Depuis lors rien de particulier

à signaler. L... est actuellement en parfaite santé; il travaille toujours dans la même maison; sa vie est sobre, régulière.

Cette observation n'a pas besoin de longs commentaires. Nous l'avons rapportée ici uniquement pour la rareté du fait. Il s'agit sans conteste d'un cas de véritable dipsomanie, c'est-à-dire à accès intermittents, périodiques, reparaissant toujours avec les mêmes caractères. L'impulsion est intense, irrésistible, et entre les paroxysmes l'état mental est tout à fait normal. L... n'est pas un alcoolique vulgaire, c'est un dégénéré héréditaire, la dipsomanie n'étant, ainsi qu'on le sait, qu'un syndrome épisodique de la folie des dégénérés.

Deux fois l'accès dipsomaniaque prolongé plus que de coutume a été suivi de fugues impulsives. Sans doute ces fugues sont ici conscientes, subconscientes tout au moins, et à ce point de vue le terme d'*automatisme* que nous avons inscrit en *tête* de l'observation est-il sujet à critiques, mais nous l'avons fait pour assimiler ce cas à l'automatisme des comitiaux et des hystériques auquel il ressemble étrangement à d'autres égards. De toute manière, la fugue est liée intimement aux paroxysmes dipsomaniaques; elle en relève directement; elle en est la continuation au point qu'il semble s'agir d'une impulsion dipsomaniaque prolongée sous forme ambulatoire.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. Contribution a l'étude de l'anxiété neurasthénique et des phénomènes qui l'accompagnent; par le Dr Umberto Stefani. (*Riv. sp. di fren.*, t. XVII, fasc. III.)

L'auteur rapporte une observation très circonstanciée et des plus intéressantes. Le fait essentiel, qui domine le développement de la maladie, est le désordre émotionnel, d'où dérivent directement par la suite, des troubles dans la sphère des idées et des actes. Tous ces phénomènes, comme les autres qui caractérisent le fonds neurasthénique de la maladie (réaction vaso-motrice exagérée, instabilité, bizarreries), ont pour base un état d'irritabilité et tout à la fois de faiblesse du système nerveux : irritabilité en ce qui concerne les fonctions nerveuses inférieures, rentrant dans la catégorie de

réflexes, faiblesse pour ce qui a trait aux fonctions d'ordre plus élevé.

Puis, à côté de ces symptômes, on en voit se développer d'autres, des hallucinations visuelles et auditives. Si on ne peut affirmer qu'un rapport direct de causalité unisse ces hallucinations à l'anxiété, on peut dire toutefois qu'elles reposent essentiellement sur une irritabilité spéciale des centres sensoriels, et qu'elles appartiennent ou tout au moins se rapprochent de la catégorie des réflexes, et comme telles ne sont qu'une des manifestations du désordre général du système nerveux. De même que sous la plus petite excitation, émotionnelle ou autre, le système vaso-moteur réagit vivement, que des paroles aigres, des actes violents se font jour à la plus petite provocation, que le plus léger stimulus détermine l'anxiété; de même une excitation minime qui se propage aux centres sensoriels, visuel ou auditif, réveille les images correspondantes, et leur donne même l'intensité des perceptions réelles. J. Séglas.

II. Observation de folie a deux; par M. J. Nolan. (*The Journal of mental Science*, avril 1889.)

Ce cas est celui de deux frères qui présentaient entre eux une ressemblance absolument parfaite tant au point de vue physique qu'au point de vue psychique : le point le plus intéressant de l'observation est celui-ci : bien qu'ils eussent été envoyés dans des quartiers de l'asile absolument différents, et qu'aucune communication n'ait pu s'établir entre eux, ils ont continué, *depuis* leur entrée à l'asile, non seulement à présenter des états mentaux parfaitement identiques; en outre on a vu apparaître chez chacun d'eux individuellement une hallucination qui leur a été commune et qu'ils ont racontée en des termes presque identiques. R. M. C.

III. Un cas d'hallucinations sensorielles avec obsessions; par Klinke. (*Jahrbuch. f. Psych.*, IX, 3.)

Observation de la malade prise par elle-même. C'est une institutrice et une musicienne de quarante-cinq ans, qui a été surveillante en chef d'asiles privés. A la suite de la mort de son fiancé, qu'elle soigna elle-même (il s'agissait d'un paralytique général), elle est atteinte de mélancolie; puis, vient la mort de son père, elle est alors affectée de manie avec désordre dans les idées..... Guérison. P. Keraval.

IV. Le champ visuel des épileptiques (*en dehors de l'accès*) et des criminels congénitaux (*fous moraux*); par S. Ottolenghi. (*Centralbl. f. Nervenheilk*), N. F. I., octobre 1890.)

Etude de 12 épileptiques-types et de 25 criminels congénitaux.

Conclusions. — 1° Tant chez les épileptiques (12 sur 12) que chez les

criminels congénitaux (25 sur 25) le champ visuel est notablement rétréci; — 2° chez tous les épileptiques et chez 23 des criminels congénitaux le pourtour du champ visuel présente une irrégularité constante; la ligne limitante, le long des divers secteurs, est sinueuse, interrompue, irrégulière, et défigurée par des entailles plus ou moins prononcées qui, dans quelques secteurs, forment de vrais scotomes périphériques, mais à situation inconstante. L'inconstance dans la position de ces entailles en constitue un signe invariable dans le type moyen; — 3° chez presque tous les épileptiques (au nombre de dix) et chez presque tous les criminels congénitaux (au nombre de vingt) le champ visuel est à droite surtout, limité dans l'hémisphère inférieur; à gauche, surtout rétréci dans l'hémisphère supérieur, et par quadrant correspondant au côté examiné, de sorte qu'on a une hémiopie partielle verticale; — 4° un épileptique et trois criminels présentaient une neuro-rétinite expliquant le rétrécissement du champ visuel; — 5° chez tous ces malades, le champ visuel pour les couleurs était aussi limité, mais moins que pour le blanc; — 6° La forme du champ visuel pour les couleurs suit constamment, quoique plus ou moins régulièrement, celle du champ visuel pour le blanc, tant au point de vue de l'irrégularité des limites périphériques que de l'hémiopie partielle verticale; — 7° les champs visuels pour le bleu et le rouge (celui-ci plus limité) se croisent en divers points périphériques; — 8° la partie centrale du champ visuel se présente normale, chez les criminels aussi bien que chez les épileptiques, pour le blanc aussi bien que pour les couleurs; — 9° examen ophthalmoscopique négatif dans la plupart des cas; — 10° l'acuité centrale est absolument indépendante de la sensibilité visuelle périphérique; elle était normale chez tous les épileptiques et les criminels, plus grande que normalement chez 8 épileptiques et 18 criminels; — 11° l'état des autres sens (tact — douleur — ouïe — goût — odorat) suit généralement le rétrécissement de la sensibilité visuelle périphérique; cela est plus constant chez les épileptiques que chez les criminels; — 12° l'examen comparatif du champ visuel d'individus normaux, de criminels d'occasion, de femmes hystériques, de neurasthéniques, de pellagreux donne les caractères déjà connus; ce n'est que par exception qu'on y a retrouvé quelques-unes des particularités propres au champ visuel des épileptiques et des criminels congénitaux.

Donc le rétrécissement du champ visuel, à limites irrégulières, avec entailles ou scotomes périphériques, avec hémiopie partielle verticale non homonyme, est le caractère de l'épilepsie en dehors des attaques, et de la criminalité congéniale. Il faut le rattacher à des troubles fonctionnels de l'écorce et des centres optiques.

KERAVAL.

V. DES RELATIONS DES OBSESSIONS AVEC LA FOLIE SYSTÉMATIQUE (*paranoïa*); par A. MERCKLIN. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVII, 5.)

La *paranoïa* ne comprend, d'après l'auteur, que les vésanies à développement et évolution chroniques dont le symptôme essentiel est une conception délirante ayant pour origine un trouble permanent du jugement et pour aliments des hallucinations.

Comment dans les maladies nerveuses évoluent les obsessions qui les hantent? — Que deviennent les malades atteints de psychoses dues à des conceptions irrésistibles? — Les obsessions se transforment-elles en conceptions délirantes ou en folie systématique? — Existe-t-il, dans la folie systématique, un stade prodromique caractérisé par des conceptions irrésistibles et leur transformation en conceptions délirantes? — Comment et sous quelle forme surviennent les obsessions dans la paranoïa?

Les maladies à obsession comportent deux groupes distincts :

1° Celui dans lequel les *obsessions* forment un épisode de la *neurasthénie;* il y a parfois transformation en neurasthénie, mais la neurasthénie donne elle-même naissance à des psychoses graves;

2° Celui dans lequel les obsessions constituent le symptôme fondamental (*folie par obsession*). On y rencontre une vésanie connue sous le nom de systématique (*Verrucktheit*), mais la conception délirante spontanée, primitive, tenant à un trouble du jugement, finissant par se cristalliser, s'organiser, qui caractérise la paranoïa, ne s'y voit pas.

En résumé, la paranoïa débute assez souvent par une anomalie de la conception qui tient le milieu entre l'obsession (*conception irrésistible*) et la conception délirante fixe, c'est-à-dire par des conceptions délirantes autochtones encore susceptibles d'être analysées par l'entendement et corrigées par le jugement; on les retrouve du reste à une période ultérieure, tardive de la paranoïa. Appelons-les *conceptions délirantes mobiles*. Il existe aussi des conceptions délirantes *fugaces* qui, après avoir duré quelque temps, disparaissent d'elles-mêmes; ce sont les conceptions délirantes *volantes*, de Mayser, de la folie systématique (*Wahnsinn*) aiguë. Quant aux *obsessions vraies* elles sont absolument rares au début de la paranoïa et de la folie systématique hypocondriaque. Quand on constate des obsessions (et des actes impulsifs) dans le cours de la paranoïa c'est qu'il y a un élément combiné de neurasthénie. Neuf observations à l'appui. P. Kéraval.

VI. Du pronostic de la manie; par W. Willerding. (*Allg. Zeitsch. Psychiat.*, XLVIII, 2.)

Soixante-dix pour cent environ des manies guérissent après avoir en moyenne duré quelques mois. Plus les maniaques sont vite placés dans un asile, plus l'évolution de la maladie est favorable. Il ne faut pas considérer l'hérédité comme un élément de pronostic défavorable. Bon pronostic dans la plupart des cas, et quant à la durée, et quant à la guérison, de la manie consécutive à des affections somatiques, de la manie alcoolique, de la manie puerpérale. Un traumatisme céphalique, comme cause occasionnelle

de manie, n'implique pas un pronostic défavorable. La réapparition des règles, au moment où l'amélioration psychique commence, permet d'espérer une prompte guérison. Plus l'individu est jeune, plus grand est l'espoir de le voir se rétablir. La manie périodique implique la crainte d'une guérison incomplète et fragile. La longueur de la manie assombrit l'espoir d'une complète guérison. Une agitation brusque et violente est défavorable, excepté dans la manie puerpérale ou post-traumatique. La cessation brusque de l'agitation fait craindre la périodicité ou une prompte récidive, il en est de même du rapide accroissement du poids du corps avant l'installation du stade de calme. Plus grave est l'affection, plus faible est l'espérance d'une parfaite guérison. Phénomènes paralytiques et convulsions sont des complications défavorables. Plusieurs attaques de manie mettent l'intelligence en danger. P. Keraval.

VII. Contribution a la théorie de la folie gémellaire; par N. Ostermayer. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIII, 1.)

Etudiant les quatorze observations de folie chez les jumeaux qui existent dans la science, l'auteur dit que la vraie folie gémellaire est caractérisée par l'apparition, simultanée ou non, peu importe, chez des jumeaux, d'une psychose identique ou semblable, qui évolue d'une façon autonome. Sinon, il faut dire folie induite, folie à deux chez des jumeaux. La genèse autochtone de la folie chez les jumeaux s'explique par l'hérédité; en effet, ces deux individus ont un substratum originel et un développement cérébral semblables, ce sont deux organes psychiques identiques qui, indépendamment l'un de l'autre, agissent identiquement. Un excitant psychique anormal dissemblable déterminera sur les deux organes une réaction semblable et deux psychoses homogènes. Il n'y a donc ici ni infection psychique, ni imitation. Peu importe encore une fois la simultanéité. Suit une observation de folie induite chez des jumeaux ayant revêtu la forme de délire systématique (*paranoïa*). P. K.

VIII. Un cas de psychose polynévritique avec autopsie; par Korsakoff et Serbski. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIII, 1.)

Femme jeune, indemne d'alcoolisme; grossesse extra-utérine, laparotomie, communication du sac embryonnaire avec la vessie et le rectum. Une semaine plus tard, excitabilité, affaiblissement de la mémoire des choses toutes récentes, obnubilation de la connaissance, faiblesse des membres, disparition des réflexes patellaires, douleurs dans les muscles et les troncs nerveux, vomissements, diminution de l'urine, albuminurie intermittente. Tout guérit, moins

l'amnésie qui s'aggrave : incohérence dans les idées, hallucinations, paralysie totale des jambes, des muscles du tronc et des bras, du diaphragme, mort. Polynévrite toxique constatée à l'*autopsie*. Intégrité de l'encéphale. Dysmorphie congénitale du canal central de la moelle, multiplication du tissu conjonctif dans les faisceaux de Goll et les cordons latéraux. du côté droit. Dégénérescenc colloïde de la glande thyroïde; peut-être, si elle eût fonctionné, eût-elle, comme on le prétend, neutralisé les substances nuisibles en circulation dans le sang. P. K.

IX. Des psychoses consécutives a l'influenza, avec remarque sur un cas de paralysie progressive; par J. Krypiakiewicz. (*Jahrbuch. f. Psychiat.*, X, 1.)

Mémoire surtout remarquable par cette observation. H..., âgé de trente-huit ans, indemne de tare héréditaire, de syphilis, d'alcoolisme, brillamment doué. Influenza en décembre 1888, sans autre symptôme cérébral qu'une vive céphalalgie. L'influenza ne dure que quatre à cinq jours, mais le malade reste mélancolique, incapable de travail ; il croit avoir perdu la mémoire, craint de ne pas recouvrer la santé. Intégrité de la réaction pupillaire et des réflexes. Le malade guérit et reprend son activité. Fin juin 1890, il devient négligent, jette l'argent par les fenêtres, forme le projet de grands voyages, de grandes entreprises. En septembre euphorie marquée, humeur maniaque, présomption exagérée, diminution de l'innervation du facial gauche, pupilles inégales à réaction paresseuse, le phénomène du genou manque à droite, est affaibli à gauche. La manie disparaît graduellement, mais les paralysies subsistent, et bientôt l'activité mentale s'affaiblit dans tous ses modes. P. K.

X. Observation de Karl Hermann. (*Jahrbuch. f. Psychiat.*, X, 1.

Malade évadé de l'asile de Ybbs (Basse-Autriche).

Rapportadressé à la Société psychiatrique de Vienne. Dégénérescence mentale, idées de grandeur, impulsivité. Psychose chronique systématique.

La Société de psychiatrie et psychologie médico-légale de Vienne conclut à la nécessité de séquestrer un tel individu, félicite vivement les médecins qui le soignaient, et proteste énergiquement contre les accusations et vilipendages de la presse et du public. P. K.

XI. Un cas de paralysie générale a forme circulaire; par H. Rottenbiller. (*Centralblatt. f. Nervenheilk.* N F., II, 1891.)

Première étude : manie avec idées de grandeur bizarres et phénomènes peu accentués appartenant au syndrome paralytique.

Puis, stade dépressif avec angoisse, auto-accusations, ressemblant plutôt à une mélancolie simple. Puis chacune de ces phases devient irrégulière, la démence paraît progressive, chaque accès laissant après lui des lacunes intellectuelles. Il y eût, bientôt après la seconde phase, une rémission qui fut suivie du tableau morbide de la paralysie générale. Ici aussi, comme d'ordinaire, dans les cas de ce genre, élément héréditaire. P. K.

XII. De la transmission des psychoses; par H. Schloess. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N E., II, 1891.)

Après une revue, l'auteur donne l'observation de deux frères indemnes d'hérédité, malades, l'un à la suite d'un chagrin d'amour, l'autre après une arrestation imméritée. Il conclut à une prédisposition par constitution anormale du cerveau des deux frères. Suivent deux observations ne presentant rien de particulier. P. K.

XIII. Des psychoses décrites sous le nom katatonie; par W. Serbsky. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, NF., II, 1891.)

Revue analytique montrant que la catatonie n'est à aucun point de vue un entité morbide, et que ce syndrome souvent incomplet et imparfait n'est pas davantage le caractère d'une forme morbide spéciale. La catatonie résulte d'une association accidentelle de symptômes n'ayant point de parenté organique, ne procédant point d'un substratum anatomique, n'ayant aucun lien physiologique. On rencontre les éléments de la soi-disant catatonie, isolés ou groupés, dans des psychoses aiguës, tels que : la stupeur aiguë — la démence aiguë (celle le plus fréquemment prise pour la catatonie) — la folie systématique ou paranoïa aiguë (ou plutôt délire systématique dépressif) — la mélancolie avec stupeur — et dans les psychoses chroniques telles que la folie systématique (avec affaiblissement intellectuel) — la paralysie générale — quelques folies périodiques — quelques vésanies hystériques — la démence secondaire — l'hébéphrénie (qui n'est le plus souvent que de la dégénérescence mentale). P. K.

XIV. Les psychoses de l'influenza; par Kirn. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 1, 2.)

L'influenza, qui tend à nuire plus ou moins à l'ensemble de notre appareil nerveux, peut, atteignant les centres psychiques, devenir la cause de troubles mentaux. Les psychoses dues à l'influenza sont infiniment plus fréquentes que celles qui résultent d'autres affections fébriles aiguës. Les troubles psychiques se reproduisent soit pendant le stade pyrétique (délires fébriles), soit,

mais bien plus rarement, sous la forme de psychoses aiguës, fébriles, de longue durée, à issue généralement favorable. Enfin, il y a des troubles psychiques, postfébriles, revêtant la forme soit de psychoses asthéniques, soit de psychopathies simples (prédominance des mélancolies). Tous ces états morbides, dépourvus de cachet spécifique, évoluent, en majorité, favorablement en peu de temps, et guérissent; quelques-uns cependant présentent des symptômes graves, une évolution prolongée, un pronostic douteux. Quant aux quelques paralysies générales, hystéropathies, folies systématiques chroniques, attribuées à l'influenza, elles existaient déjà avant l'attaque de grippe, bien qu'on ne les eût pas diagnostiquées alors. Ce sont des psychoses pseudo-influenziques, au même titre que le delirium tremens provoqué par l'influenza. *Pathogénie.* Une toxine des plus dangereuses vient empoisonner les fibres nerveuses soit sous l'influence concussente de la fièvre (psychoses fébriles), soit sous l'influence d'une prédisposition sous-jacente acquise ou congénitale (psychoses postfébriles). P. K.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. De la polarisation des électrodes en électrothérapie; par N. Marchando. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. I, septembre 1890.)

Quand on applique des électrodes sur les tissus du corps humain (électrolytiques), il se produit dans les électrodes un certain degré de polarisation. De là des courants contraires de sens opposé à celui du courant de la batterie. L'allure du courant est ainsi modifiée, ce qui rend difficile les recherches sur la conductibilité des tissus du corps. Avec des électrodes de charbon revêtues de peau de chamois on voit (figures, expériences) que toute électrode, dès qu'elle est traversée par le courant, subit une double polarisation; chaque électrode devient un véritable accumulateur dans lequel se développe un second courant opposé au premier (expériences démonstratives au moyen du galvanomètre). Il faut donc employer des électrodes impolarisables. P. K.

II. Infusion sous-cutanée d'une solution de chlorure de sodium dans le collapsus consécutif a l'abstinence dans le cas d'une psychose aigue; par A. Mercklin. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., II, 1891.)

Voici comment a procédé M. Mercklin. Il a introduit sous la

peau de la malade une aiguille creuse ayant un diamètre triple de celui d'une canule de seringue de Pravaz ; il l'a mise en communication avec un long tuyau en caoutchouc dont les replis plongeaient dans un vase d'eau chaude mais dont l'autre extrémité était reliée à un entonnoir en verre. En élevant ce dernier il infiltrait lentement la solution chlorurée chaude. En massant la région et en imprimant des mouvements au membre il a pu injecter 500 centimètres cubes d'une solution à 0,3 p. 100 sous la peau de la cuisse droite. Presque aussitôt disparaissait le collapsus, le pouls radial reparaissait, et les traits de la malade reprenaient de la vie. Lavages fréquents du nez, de la bouche, des lèvres, à l'aide de la même solution. Quatre heures plus tard, nouvelle opération dans les mêmes conditions à gauche. Résultats favorables. Cette intervention est donc indiquée quand le collapsus est imminent et que l'estomac rejette le contenu de l'alimentation à la sonde œsophagienne. Il serait bon, à l'avenir, d'utiliser l'appareil de Sahli (*Correspondez-blatt f. Schweizer Aerzte.* 1er septembre 1890 *Ueber Auswaschung des menschlieh, Organismes*) et d'employer une solution à 0,73 p. 100 stérilisée. P. K.

III. De la duboisine comme sédatif et hypnotique chez des aliénés ; par V. Preininger. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 12.)

Ce médicament ne peut être recommandé, surtout quand il existe de l'agitation. Il agit comme l'hyoscine, mais peut, comme celle-ci, déterminer des effets accessoires nuisibles, à la dose de plus de 0,002. La dose la plus forte qui, sans inconvénients, calme ou fait dormir est de 0,002 ; il n'est pas prudent de la dépasser. L'action sédative et hypnotique se fait sentir au bout de dix à vingt minutes et dure de une à huit heures. Il n'est que peu de cas dans lesquels le sommeil obtenu dépasse plusieurs heures ; le réveil s'accompagne de somnolence et d'épuisement. Aux doses de 0,0025 et 0,003, on produit des accidents toxiques (agitation, convulsions cloniques des extrémités, pouls et respiration fréquents, température 39,2, céphalalgie, faiblesse, hallucinations de la vue, assuétude. L'ingestion agit plus faiblement que l'injection hypodermique ; des doses de 0,002 qui réussissent presque toujours en injections sous-cutanées ne produisent sur l'estomac aucun résultat sédatif.
P. K.

IV. De l'emploi du sulfate de duboisine chez les aliénés ; par M. Lewald. (*Neurolog. Centralbl.*, 1891.)

En injections sous-cutanées, c'est un sédatif et un hypnotique recommandable, très rarement nul chez la femme aliénée. Mais ne dépassez jamais la dose de 0,002. Il est, en tout cas, appelé à remplacer l'hyoscine ; s'il est actif à plus haute dose qu'elle, il est, en tout cas, bien moins dangereux. P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Contribution a l'étude des troubles de la lecture basée sur une observation de dyslexie; par S. Weissenberg. (*Arch. f. Psych.*, XXII, 2.)

Observation analogue à celles de Berlin, accompagnée d'autopsie et d'analyse histologique. Le malade lit trois à cinq mots et dit

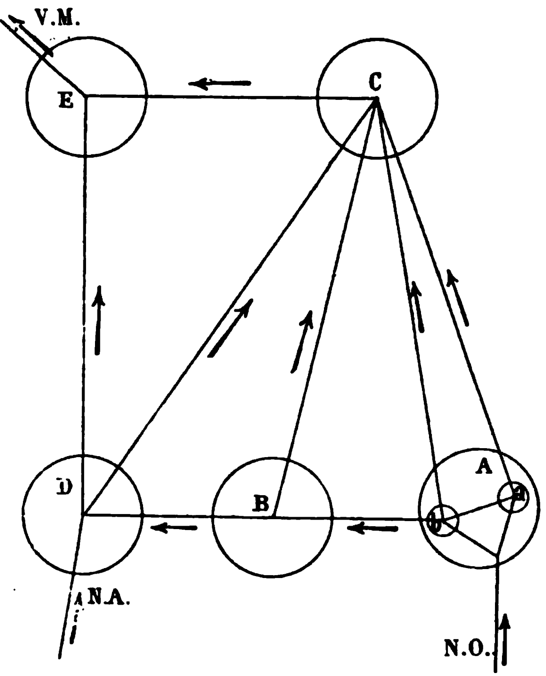


Fig. 2. — Schéma de Weissenberg.

qu'il ne peut continuer à lire. Pas de prodromes. Intégrité de la vue. Autres accidents aphasiques : aphasie amnésique, surdité ver-

bale, paraphasie, paragraphie. Attaques apoplectiformes suivies d'hémiplégie droite ou d'hémiparésie. Affection de courte durée. Mort. Ce qui distingue ce fait de ceux de Berlin, c'est que le patient ne ressent pas de sensations désagréables, se prête volontiers à ce qu'on lui demande, mais ne peut réussir, ce qui le navre ou l'irrite. Enfin, après avoir lu correctement quelques mots, il continue à reconnaître les lettres composantes, mais sans pouvoir les associer en un mot.

M. Weissenberg classe ainsi les troubles de la lecture et les explique par un schéma se composant :

A. D'un premier centre de *perception optique* en rapport avec le nerf optique, qui comprend : *a*, un *centre de perception des lettres* ; *b*, un *centre de perception des images des mots écrits*.

B. D'un second centre d'*association des lettres* en rapport avec A*a*, A*b*.

C. D'un centre total de perception de cet ensemble qui monte à lui ; *centre de perception intellectuelle des notions*.

D. D'un *centre acoustique* en rapport avec A*a*, A*b* et B, qui, lui aussi, monte au centre des notions C et est en rapport avec le nerf auditif.

E. D'un *centre moteur centrifuge* qui coordonne pour exécution toutes les impressions des autres centres.

Il fait remarquer, au point de vue physiologique, que l'intégrité des centres acoustiques et moteurs n'est pas nécessaire pour lire. On peut être aphasique et comprendre les caractères écrits ou imprimés, et inversement un homme intelligent, s'exprimant très bien, comprenant la parole, peut avoir perdu la faculté de lire. D'autre part la capacité de lire les mots avec impossibilité de reconnaître les lettres implique l'existence d'un second centre A*a* dans le grand centre optique; c'est là que les images écrites des mots sont emmagasinées. L'activité des deux centres A*a*, A*b*, est autonome, indépendante. De même, reconnaître les lettres et les associer en un mot, sont deux fonctions qui impliquent un centre collecteur spécial; c'est B. Par suite, pour qu'un homme cultivé lise, il lui faut seulement l'intégrité des voies de communication AC et ACB.

La clinique indique les espèces morbides suivantes :

1° Perte de la valeur des lettres non reconnues quoique vues (sorte de cécité psychique). C'est l'*alexie* qui peut être partielle (lecture lente, paralexie inconsciente) ou totale (lecture impossible). Il y a alexie complète quand les deux centres A*a*, A*b*, ou les voies d'association AC ne fonctionnent plus. Il y a alexie partielle quand A*b* est supprimé.

2° Impossibilité d'associer les lettres, d'ailleurs reconnues, en un mot; c'est la *dyslexie*. Totale quand il y a impossibilité de lire. Partielle quand la lecture est traînante. C'est qu'alors A*b*B (cen-

tres ou voies d'association correspondant à ces centres) ne fonctionnent plus. C'est le cas de notre malade qui en est un type.

3° *Perte des images des mots écrits.* Lecture possible, mais machinale. Interruption ou suppression de A*a*C. L'interruption ou la suppression de CB empêche l'arrivée des notions complètes de A*a*, A*b* à C; mais si BDE + DC sont conservées la lecture est possible.

4° Les lettres sont reconnues, le syllabage est possible, mais les mots émis ne parviennent plus au centre de la notion complète C. On lit comme si on lisait une langue inconnue avec un alphabet connu (plus d'idées) plus d'association d'idées; sorte de surdité verbale). Interruption de BC et DC. En effet la voie BC prend naissance par le développement du centre B, c'est-à-dire par le long exercice des gens éduqués. L'individu un peu cultivé utilise, pour lire A*b*BDE + DC. Si DC est interrompu, nous avons le mode de dyslexie qui nous occupe ici. Si vous interrompez DC, tandis que BC subsiste, vous affectez à la fois BC et DC qui transmettent les impressions au grand centre intellectuel C.

L'autopsie nous montre qu'il y avait une tumeur, non, comme nous l'avions pensé, dans le lobe temporal, mais dans le lobe occipital; intégrité du chiasma, déchéance de la troisième frontale gauche et droite, de l'insula et de la première temporale.

Par suite il y a lieu de placer le centre A des images écrites des mots et des lettres dans le lobe occipital, le centre B d'association des lettres quelque part dans le centre de la parole; la tumeur interrompait donc la voie A*b*B (dyslexie). C'est d'autant plus admissible que la dyslexie fut le premier symptôme de la maladie; les autres symptômes doivent être rapportés à la pression occipito-temporale. L'hémiplégie droite survenue trois jours avant la mort provient d'hémorrhagies récentes superficielles, entre la dure-mère et la pie-mère, à la convexité du lobe gauche.

Il en résulte que les troubles de la lecture ne peuvent servir à la localisation. On le comprend *à priori* quand on songe que la lecture est le fruit d'une éducation raffinée et que, par conséquent, il suffit d'une lésion extrêmement fine pour la supprimer. Revue confirmative des observations existant dans la science (dix) dont huit avec autopsie. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la dyslexie idiopathique provient d'une lésion de l'hémisphère gauche et qu'elle indique toujours la mort. P. KERAVAL.

II. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMIPLÉGIES CONSÉCUTIVES A L'INTOXICATION OXYCARBONIQUE; par le professeur N.-M. POPOFF. (*Medizinsk. Obozr.*, n° 18, 1891.)

L'auteur décrit un cas d'hémiplégie survenue à la suite d'un séjour trop prolongé dans un établissement de bains infecté par des vapeurs d'oxyde de carbone. Le malade est un paysan, âgé de

vingt-cinq ans, provenant d'une famille prédisposée aux affections nerveuses et mentales. En sortant du bain, le malade était atteint d'une hémiparésie gauche. Cinq jours après cette hémiparésie s'est transformée subitement en hémiplégie. L'auteur explique cet accroissement subit de phénomènes morbides non pas par l'apparition d'une réaction inflammatoire autour du foyer hémorrhagique, mais par une seconde hémorrhagie venue s'ajouter à la première. J. ROUBINOVITCH.

III. UN CAS D'APHASIE SENSORIELLE TRANSCORTICALE; par A. PICK. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Jurisconsulte de soixante-un ans; d'une parfaite santé jusqu'à il y a dix ans (eczéma de la tête). Il y a cinq ans, paralysie transitoire des muscles des yeux. Les accidents du côté de la parole datant d'un an ; plusieurs accès d'aphasie; au commencement de cette année, idées délirantes de persécution; hallucinations de l'ouïe. Depuis quatre semaines, l'aliénation mentale a disparu, le trouble de la parole s'est rapidement accentué. C'est l'intelligence des mots qui est atteinte ; le malade en a beaucoup à sa disposition, mais il les enfile les uns à la suite des autres sans s'émouvoir autrement de son incohérence. On lui demande : « Comment s'appelle votre fille? » Réponse 89 (il compte sur les doigts) Mathilde (exact). Incapable de désigner les objets qu'on lui présente, il reconnaît l'exactitude des noms qu'on lui cite et répète alors correctement la dénomination. Copie à peu près ce qu'on lui donne à copier, sans en comprendre le sens.

Conclusion. — Sixième forme clinique de Lichtheim [1] : interruption des faisceaux nerveux qui unissent le centre des images phonétiques au centre des notions représentatives. P. K.

IV. DU TREMBLEMENT JUVÉNILE HÉRÉDITAIRE; par A. NAGY. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Tremblement essentiel (jusqu'à nouvel ordre) chez une femme de vingt-six ans, que l'on retrouve dans la génération des ascendants; sur quarante et un membres de cette famille, dix-neuf sujets sont atteints. Il s'agit d'un tremblement précoce, qui apparaît dans l'enfance, et ressemble à celui qui suit la fatigue ou les émotions, il se complique, chez quelques-uns de ces malades, d'un tremblement intentionnel qui affecte surtout les mains; la marche n'est atteinte que chez trois. Pas d'autres anomalies nerveuses dans la famille si ce n'est un peu d'émotivité avec excès de démonstra-

[1] Voy. *Archives de Neurologie.*

tions. En les astreignant à une occupation du même genre, on fait diminuer les tremblements. Ceux des membres de la famille qui boivent volontiers des boissons alcooliques, notamment du vin, tremblent moins. La malade actuelle présente les signes de la sclérose en plaques. L'examen du frère de la malade décèle que le tremblement est en voie d'amélioration, sans autre signe de sclérose en plaques, son tremblement diminue quand il absorbe une certaine quantité d'alcool. A l'autopsie de décider. P. K.

V. Ophtalmoplégie externe polynévritique (*Contribution à la pathothologie du tabes*) ; par G. Rossolimo. (*Neurol. Centralbl.*, 1890.)

Un malade de cinquante ans, syphilitique, s'expose à un refroidissement. Il se développe une névrite multiloculaire caractérisée par l'atteinte d'un grand nombre de branches spinales périphériques, des deux branches ophthalmique et maxillaire supérieur des deux trijumeaux, des oculomoteurs communs, des pathétiques des deux côtés : de là l'ophthalmoplégie externe qui disparaît à la fin du traitement. Les altérations des portions intra-médullaires de l'appareil sensoriel sont produites par les transmissions du processus pathologique des nerfs périphériques à la moelle. P. K.

VI. Contribution a la pathologie de la paralysie des tambours ; par L. Bruns. (*Neurol. centralbl.*, 1891.)

C'est une parésie due au surmenage du pouce de la main gauche. Suivant les circonstances individuelles, tels ou tels muscles sont pris ; le plus souvent ce sont les extenseurs, parfois, c'est le long fléchisseur seul, assez souvent aussi, tous les muscles qui meuvent le pouce. Trois cas ont été publiés dans les comptes rendus sanitaires de 1881-1882 ; huit observations, dans ceux de 1884-1888. Un seul malade a guéri. L'auteur a obtenu de l'amélioration du massage et de l'électricité. P. K.

VII. Contribution a l'étude de la dyslexie; par A. Pick. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Le complexus symptomatique de la dyslexie se rapproche de la claudication intermittente du cheval. Quand le malade a lu quelques mots correctement à tous égards, voici qu'il lui est difficile ou impossible d'en lire d'autres; en même temps il éprouve des sensations pénibles, il se repose et tout cesse. Les difficultés reparaissent quand il recommence à essayer de lire. Bruns a observé un dyslectique qui présentait de la dysgraphie offrant une analogie encore plus grande avec la claudication en question. Le malade écrit spontanément avec correction, il peut copier, mais alors

l'écriture devient bientôt indistincte, comme s'il écrivait à l'aide d'un manche à balai. le bras devient de plus en plus raide, finalement, la plume s'échappe de ses mains. La dyslexie a pour substratum anatomique de graves lésions cérébrales (oblitération des vaisseaux), la claudication procède à l'oblitération des artères des autres extrémités. P. K.

VIII. De la compression de la queue de cheval; par L. Laquer. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Jeune homme de dix-neuf ans jusqu'alors tout à fait bien portant. En septembre 1888, violentes douleurs sacrées, à caractère sourd et térébrant, surtout la nuit, au lit, quand il est resté longtemps assis ou debout, elles finissent par être insupportables. Elles occupent le milieu et l'intérieur de l'os, et irradient souvent jusque dans le genou. Au début de décembre 1889, pas d'autres accidents qu'un malaise subjectif avec endolorissement lorsqu'on percute fortement la région; le malade peut marcher des heures durant, sous l'influence des vésicatoires et de la galvanisation prolongée pendant plusieurs semaines, l'amélioration persiste. Mais les douleurs reviennent en mars, subissent une rémission, puis augmentent; constipation, douleur en allant à la selle, miction incomplète; atrophie musculaire des triceps fémoraux, sacrum extrêmement douloureux à la percussion et à la pression, légère cyphose lombaire, démarche traînante et prudente, le tronc s'infléchissant fortement en avant et la marche ne pouvant dépasser cent à deux cents pas. P. K.

IX. Un cas de polioencéphalite supérieure et inférieure avec poliomyélite antérieure consécutif a l'influenza (*issue mortelle*). Autre observation semblable, de cause inconnue, terminée par la guérison; par S. Goldflam. (*Neurol. Centralb.*, 1891.)

Obs. I. — H., de soixante ans, ayant eu un chancre mou dans la jeunesse (sans accidents syphilitiques), puis attaques d'épilepsie grave en 1889 (décembre); au début de janvier 1890, blépharoptose gauche avec diplopie; quelques semaines plus tard, blépharoptose droite. En même temps, parésie des jambes avec tremblement pendant la station debout. Trois années après, blépharoptose bilatérale très accusée, paralysie de tous les muscles extrinsèques des yeux (globe de l'œil en équilibre). Conservation de la réaction pupillaire, sens de la vue normal, avec intégrité du fond de l'œil. Graduellement, sensation d'engourdissement dans les doigts de la main gauche, paralysie passagère des extrémités ou parésies intervallaires des doigts avec sensations désagréables; bientôt les fléchisseurs de la main et le triceps brachial sont pris (atrophie), ainsi que les muscles du facial inférieur gauche. Sous l'influence d'ono-

tions mercurielles, une légère amélioration se produit. Mais les symptômes bulbaires apparaissent, s'étendent et s'aggravent. Le malade meurt le 24 juillet. Autopsie impossible, mais diagnostic confirmé par Charcot et Nothnagel.

Obs. II. — Fruitière, de trente ans, ayant présenté sans cause comme des symptômes d'ophtalmoplégie nucléaire, de paralysie bulbaire, de polioencéphalite antérieure sous forme de lésion descendante partie des noyaux oculomoteurs, du troisième ventricule, de l'aqueduc de Sylvius et ayant gagné la moelle. La propagation s'est opérée non par continuité ni par contiguité, mais par sauts, la moelle ayant été atteinte avant les planches du quatrième ventricule. Marche rémittente et intermittente de bien de ces symptômes. Cas unique de guérison.

L'auteur classe les cas connus d'après leur évolution et leur étiologie.

Il distingue :

1° Les faits à *évolution suraiguë*, mort en quelques jours ; *polioencéphalite suraiguë* de Wernicke (observation de Nernicke, Thomson, Handel) par alcoolisme, intoxication sulfurique et diphthérie : morts.

2° Les faits à *évolution aiguë* (observations de Guyet, Knapp, Uhthoff) par traumatisme, intoxication carbonique, diphthérie, influenza : une guérison.

3° Les faits à *évolution subaiguë*, avec tendance à la propagation des lésions sur les noyaux du quatrième ventricule et sur les cornes grises antérieures de la moelle (observations de Goldflam et Eisenloh).

4° Les faits à *évolution chronique* ayant duré des années. A cette catégorie appartiennent le plus grand nombre des cas publiés jusqu'ici.

Le complexus symptomatique est tantôt autonome (surtout après la syphilis), tantôt greffé sur d'autres maladies du système nerveux central, sur la poliomyélite antérieure (observation de Sceligmulkes), sur le tabes, la sclérose en plaques, l'atrophie musculaire progressive, la paralysie progressive, la paralysie bulbaire.

P. K.

X. Contribution a la connaissance des formes rares d'aphasie sensorielle ; par Adler. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Observation d'aphasie sensorielle subcorticale et transcorticale. L'auteur insiste sur l'existence de la surdité verbale et l'impossibilité pour le malade de répéter les mots ; c'est, dit-il, une aphasie subcorticale et non corticale, car il a conservé la faculté mécanique de lire et qu'il n'existe que de faibles troubles de la parole spontanée. Il y a eu aussi une attaque d'aphasie transcorticale caracté-

risée par : la perte de l'intelligence, de l'écriture avec paraphasie et paralexie. Quant à la paragraphie accompagnée d'anesthésie rétinienne, elle prouve une diminution de l'activité des champs corticaux visuels. P. K.

XI. Un cas type de paramyoclonus multiple; par E.-A. Homen. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Observation *sui generis* offrant quelque parenté avec le tic convulsif, et dépendant probablement d'une hyperexcitabilité des centres réflexes spinaux, englobant aussi ceux du bulbe. Le chloral, le K Br., la cocaïne, influencent favorablement le siège de l'irritation; il est donc probable que l'élément sensitif de l'appareil réflexe est plus atteint que son élément moteur. P. K.

XII. Des troubles visuels par tumeur cérébrale; par F. Hirschberg. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Très fréquemment, ces troubles précèdent les symptômes locaux et forment, de concert avec l'exagération de la pression intra-cérébrale (papille étranglée bilatérale) un signe essentiel de la maladie fondamentale. Il y en a trois espèces :

1° L'*amaurose* par accès est rapidement passagère; l'amaurose épileptoïde dure jusqu'à deux minutes, reparaît six à huit fois par jour ou bien plus fréquemment et est parfois, par sa fréquence, une réelle torture pour le malade; parfois l'accès dure plus d'une demi-heure, voire plusieurs heures. — 2° *Troubles permanents* par *lésions de la substance cérébrale. a. — hémianopsie homonyme bilatérale;* destruction de l'un ou des deux centres optiques dans un lobe occipital, ou de l'irradiation des fibres optiques ou des nerfs crâniens eux-mêmes; il est rare que par déchéance d'une seule partie du nerf optique correspondant, l'hémianopsie soit partielle. *b. — Hémianopsie temporale croisée;* elle entraîne la cécité complète par tumeur de l'angle antérieur ou postérieur du chiasma. — 3° Troubles *permanents* par lésion *de l'œil. a. — Agrandissement du punctum cæcum* (par papille étranglée). *b. — Rétrécissement du champ visuel,* occupant brusquement le méridien principal d'un œil (endartérite rétinienne) et finissant par envahir tous les méridiens irrégulièrement. *c. — Diminution de l'acuité centrale* par lésions anatomiques des milieux (hémorrhagies, décollements) ou par interruption des fibres nerveuses centrales de la rétine; finalement perte du sens de la forme et de la couleur avec conservation du sens lumineux qui disparaît à son tour (cécité totale).

Deux observations intéressantes. La première comporte ces trois espèces sans qu'il y ait eu des phénomènes de déficit du côté du système nerveux. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 25 *avril* 1892. — PRÉSIDENCE DE M. CHRISTIAN.

Prix Belhomme. — Le sujet de concours pour le prix Belhomme à décerner en 1893 est le suivant : *De la vision chez les idiots.*

Observation de tumeur cérébrale. — M. CHRISTIAN communique à à la Société l'observation d'un malade qu'il a suivi pendant cinq ou six ans et qui n'a cessé d'avoir toutes les nuits des hallucinations de la vue ; jamais elles ne se sont montrées dans la journée. Ces hallucinations s'accompagnaient de terreurs. Le malade se voyait entouré d'hommes et de femmes qui venaient accomplir sur son lit des actes obscènes, ils versaient dans ses draps des cornets remplis d'insectes, etc. Jamais, à aucun moment, il n'eut d'hallucination de l'ouïe.

Cet homme avait l'attitude d'un dément. M. Christian s'était demandé à diverses reprises si ces hallucinations n'étaient pas la conséquence du régime alimentaire suivi par l'aliéné. Comme il ne mangeait que fort peu, il prenait en effet, le matin, un peu de vin de Bagnols et le soir un verre de punch. Mais la mort survenue brusquement permit de trouver une autre explication :

On constata à l'autopsie la présence d'une tumeur cérébrale du poids de 20 grammes, pédiculée sur la base du crâne et de la grosseur d'un œuf de poule. La tumeur reposait sur la selle turcique et venait comprimer les nerfs optiques. M. Christian pense pouvoir attribuer à cette compression les phénomènes visuels qu'il ne saurait expliquer autrement.

M. BRIAND demande à M. Christian si le régime du bagnols et du punch n'a pas été supprimé un jour ou l'autre et si, dans ce cas, les hallucinations ont momentanément cessé. Ces hallucinations ont pour lui toutes les allures d'hallucinations toxiques ; elles sont visuelles mobiles, terrifiantes, ne se montrent que la nuit. Ce sont bien là les caractères de l'alcoolisme subaigu.

M. CHRISTIAN. Le régime n'a pas été interrompu, néanmoins, je persiste à croire, en raison de leur continuité, que les phénomènes observés étaient liés à la compression.

M. JOFFROY. La majorité des cas de tumeur cérébrale venus à ma connaissance se sont terminés par la mort subite, comme le cas qui nous est indiqué. Pour ce qui est des hallucinations, je n'ose pas affirmer qu'elles soient d'origine périphérique. Peut-être faut-il penser à la possibilité d'une lésion des régions psychiques. La démence, dont le malade de M. Christian était frappé, indiquait une modification des centres nerveux qui permet cette interprétation.

M. VOISIN. M. Briand paraît admettre que les hallucinations de la vue sont toujours liées à l'alcoolisme. M. Baillarger a indiqué qu'en dehors de l'alcool on pouvait observer chez les fébricitants des hallucinations pénibles de la vue, dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil.

M. BRIAND. Mais le malade de M. Christian n'était pas un fébricitant!

M. CHRISTIAN se défend d'avoir voulu donner une interprétation rigoureuse du fait qu'il a rapporté. Le cas lui a paru intéressant à signaler. Il l'a rapporté sans tirer de conclusions formelles. Cependant, se trouvant en face d'un homme ayant eu pendant plusieurs années des hallucinations de la vue, et porteur d'une tumeur cérébrale comprimant les nerfs optiques, il était bien légitime de voir là une relation de cause à effet.

Rapport médico-légal sur un pyromane devenu homicide. — M. PAUL GARNIER. Notre confrère M. Samuel Garnier m'a prié de demander l'avis de la Société sur le cas suivant : Il s'agit d'un ancien épileptique qui a tué un homme d'un coup de revolver et lui a ensuite dérobé une certaine somme d'argent. Cet individu avait autrefois allumé des incendies et à la suite d'une ordonnance de non-lieu, basée sur son état mental, avait été renfermé à l'asile de Dijon d'où il s'était évadé. M. S. Garnier conclut à la responsabilité complète de l'accusé et termine ainsi son rapport : V... a dit la vérité en s'attribuant la paternité du crime qui lui est reproché. Il doit répondre de son acte devant la justice.

M. MARANDON DE MONTYEL. Pour moi, il est un fait acquis, c'est que V... était pyromane après avoir été épileptique, mais j'ajoute qu'il me paraît difficile de discuter sur un rapport médico-légal sans avoir le dossier complet de ce malade.

M. JOFFROY. V... est un fou, c'est entendu; il s'agit maintenant de savoir s'il a accompli son crime pendant une période de lucidité ou pendant qu'il était irresponsable. Comme il en conserve le souvenir de l'acte, je suis autorisé à croire qu'il jouissait de la plénitude de son intelligence.

M. BRIAND trouve que la Société s'engage dans une voie dangereuse en discutant sur un cas aussi délicat sans avoir sous les yeux et l'inculpé et tous les éléments du procès. N'oubliez pas, ajoute-

t-il, qu'il y va de la tête d'un homme et que votre autorité ne manquera pas d'être invoquée, soit par l'accusation, soit par la défense et peut-être ..... par l'une et l'autre ! Je propose de passer à l'ordre du jour. Nous reviendrons sur cette communication après le procès. Je crois que nous ne sommes pas suffisamment éclairés pour voter des conclusions que tout à l'heure on va nous proposer.

M. P. Garnier. Les procès-verbaux ne seront publiés qu'après le jugement ; nous pouvons donc discuter, sans crainte de compromettre les intérêts de la justice, soit ceux du prévenu. D'ailleurs j'ajoute pour calmer les légitimes scrupules de M. Briand que j'ai été invité à vous lire le rapport de M. S. Garnier par son auteur lui-même qui s'était préalablement assuré de l'autorisation au Parquet. Le Procureur de la République, dont j'ai une lettre serait aussi très heureux d'avoir l'avis de la Société.

M. Charpentier. M. Christian vient de nous communiquer une observation à laquelle manquaient les pièces anatomiques : cela ne nous a pas empêchés de discuter le cas que l'on nous a soumis.

Nous pouvons tout aussi bien discuter le cas de V... J'ai hâte de dire que je le considère comme un gredin et non comme un déséquilibré irresponsable. Il rentre dans la série des malades dont je vous entretenais à une séance précédente et qui sont mieux à leur place dans une prison que dans un asile.

M. Vallon. En prolongeant cette discussion nous allons mettre la cour en présence de deux opinions opposées ne reposant que sur des bases peu sérieuses. Nous embarrasserons beaucoup plus le Parquet que nous ne l'éclairerons.

M. Marandon de Montyel. J'ai été chargé d'examiner V... au moment où il venait d'allumer sept incendies. J'affirme qu'alors il était complètement fou.

M. P. Garnier. Qu'il soit un déséquilibré et un instinctif, cela est certain ; mais je ne le crois pas, à proprement parler, fou comme le considère M. Joffroy. J'admets aussi qu'il était irresponsable au moment des incendies ; mais je ne vois aucun rapprochement à faire entre son passé et son état actuel. Aujourd'hui, devant le rapport de M. S. Garnier, je suis tout prêt à l'abandonner à la justice.

M. Briand insiste pour que devant les divergences des opinions émises, opinions ne reposant, il faut le reconnaître, que sur des présomptions, aucune conclusion ne soit votée et que le rapport, soit renvoyé avec les remerciements de la Société et sans appréciation à son auteur. Quel est celui d'entre nous, dit-il, dont la religion est, à l'heure actuelle, assez éclairée pour signer le rapport de M. S. Garnier. Nous sommes ici une douzaine qui, à la fin d'une séance, pressés par l'heure et sans renseignements complets, risquons de faire monter sur l'échafaud un homme dont nous connaissons à peine l'histoire pathologique.

M. Garnier propose des conclusions tendant à adopter les termes mêmes du rapport sans préjuger des données sur lesquelles il repose.

M. le Président ne se croit pas autorisé à mettre aux voix une conclusion quelle qu'elle soit, en raison des conséquences qui pourraient avec l'approbation ou l'improbation officielle d'un rapport sur un cas d'une telle importance. La Société décide d'adresser des remercîments à M. Samuel Garnier en lui expliquant les motifs de haute convenance qui s'opposent à ce qu'on vote aucune conclusion à son très intéressant et très étudié rapport.

Marcel Briand.

CONGRÈS AUSTRO-HONGROIS DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE MÉDICO-LÉGALE DE VIENNE.

TROISIÈME SESSION A GRAZ (STYRIE).

Séance du 5 octobre 1891.

M. le professeur Meynert, ouvre le Congrès. Puis MM. Wagner de Jauregg et Schlangenhausen, conduisent les débats.

M. Meynert. *Des expériences faites par la nature sur le cerveau* (publié *in extenso* [1]).

M. Wagner. *Des éléments somatiques des psychoses aiguës.* — Mémoire également publié [2].

Discussion : M. Meynert. Une maladie au plus haut point disséminée, le tabes dorsal manifeste une grande tendance à se propager sous la même forme dans l'encéphale. C'est ainsi que le tabes se complique de paralysie générale. Cette dissémination provient de certaines altérations postsyphilitiques; le germe pathogène, répandu dans tout le corps, pénètre partout. Les altérations ressemblent peut-être à la névrite, ce qui peut-être s'explique par la tendance à la dissémination.

M. Laufenauer. Dans ces dernières années, j'ai eu l'occasion d'observer deux formes de psychoses toxiques vraies. L'une d'elles est la rage humaine; le complexus clinique de cette maladie présente une évolution dont on ne saurait méconnaître le type; c'est

[1] Voyez *Archives de Neurologie.* Revues analytiques.
[2] *Id.*

la marche d'une psychose infectieuse aiguë avec les trois stades connus. J'ajouterai que, conformément à la théorie infectieuse, mes observations révèlent l'existence constante de la fièvre. Si nous nous rappelons que les recherches de Pasteur décèlent l'accumulation principale du virus en question dans le bulbe et sa transmission aux animaux par l'inoculation de moelles allongées empruntées à l'homme, nous ne pouvons plus douter que la rage humaine ne soit la plus parfaite image d'une psychose toxique et infectieuse. Il nous faut simplement admettre que, chez l'homme, le germe pathogène infectieux, ne se cantonne pas dans la région protubérantielle, mais qu'il gagne l'écorce du cerveau et les ganglions sous-corticaux. La preuve en est dans les hallucinations en masse du stade initial, et dans les accidents paralytiques de la période terminale. Toutefois, les phénomènes bulbaires prédominent.

D'après les recherches de mes élèves, MM. Moravcsik et Schaffer, l'analyse microscopique atteste aussi la nature infectieuse du processus, car on constate dans le bulbe, comme dans la moelle, des altérations inflammatoires et même destructives indéniables.

La seconde maladie à laquelle je fais allusion est la chorée grave, ou la chorée accompagnée de troubles psychiques se terminant par la mort. On sait en effet que tous les cas de chorée ne sont pas bénins. Je possède cinq observations dans lesquelles, il se produisit un complexus fébrile bruyant. L'incoordination des mouvements se transformant en propulsions violentes, le malade, privé de connaissance, se roulait à terre avec une force telle que, craignant pour son épiderme, nous dûmes le faire attacher. En même temps, il était envahi par des hallucinations et des illusions impétueuses. Si bien que la chorée minor ou major du début entraînait la mort en trois à cinq jours. L'autopsie révélait l'hypérémie généralisée déjà signalée des centres nerveux et notamment de l'encéphale. Au microscope, je trouvai dans le troisième article du noyau lenticulaire la dégénérescence hyaline de Flechsig; le long des vaisseaux existaient des chapelets de corpuscules ronds, opaques, qui ont provoqué des interprétations d'ailleurs vagues. Du reste, il y a plusieurs années, M. Meynert a appelé l'attention sur les rapports du noyau lenticulaire avec la chorée. Il existerait donc une forme bénigne simple de la chorée de nature infectieuse, mais rhumatismale; tandis que la chorée grave, serait un type de psychose infectieuse réellement toxique.

Séance du 6 octobre 1891.

M. Gauster. *L'assistance communale et les infirmes de l'intelligence indigents.* — Tout le monde se plaint dans notre patrie de l'encombrement de nos asiles d'aliénés. Dans beaucoup de ces établis

sements cet encombrement est tellement exagéré qu'il est un danger pour l'hygiène, le traitement et la sécurité des aliénés. Les assemblées départementales (*Landes*) ont été obligées de grever leur budgets de crédits nécessaires à l'assistance publique des aliénés et de les augmenter continuellement sans aboutir néanmoins aux réformes indispensables. Etudions à ce point de vue les dix dernières années.

Voici la Haute et la Basse Autriche, la Styrie, la Bohême et le Vorarlberg. Pour une population normale de 9.700.000 habitants, nous hospitalisons 8.648 aliénés; qui nous coûtent annuellement 1.956.865 florins (4.892.162 fr. 50). Du moins tel est le bilan de 1889. Et cependant chaque malade ne nous dépense que 226 florins par an (565 fr.). Mais le nombre des admissions augmente presque partout. A l'asile de Vienne, par exemple, en 1855, on a eu un surplus de 580 malades; en 1890, l'accroissement a été de 887; aujourd'hui il dépasse 1.000. Si la progression continue, les ressources publiques seront insuffisantes.

Pourquoi cet encombrement ascendant?

Parce que l'on enferme des alcooliques chroniques et des malades affectés de perversité morale qui constituent un danger pour la société. Parce que l'on nous envoie des épileptiques dangereux aussi par périodes. Enfin parce que nous gardons des aliénés incurables qui pourraient, si l'on organisait leur assistance, demeurer dans des familles ou à la charge de l'assistance communale.

Il y aurait lieu de construire dans ce but des hospices à la charge des communes ou, en cas d'insuffisance de ressources, des départements (*Landes*) semblables à ceux que le conseil général de la Basse-Autriche (*Landesausschüss*) a installés pour les infirmités physiques. On y internerait des aliénés chroniques. On confierait ces établissements à un médecin-directeur et non pas à un simple administrateur (c'est le seul moyen d'éviter des conflits préjudiciables [1]). Ces hospices installés à la campagne, sans les frais qui incombent aux asiles vrais, sans ce luxe de fonctionnaires et de personnel qu'exigent ces derniers, coûtent bon marché; les malades y seraient mieux à tous égards.

Je propose donc la formule suivante :

1° Le congrès austro-hongrois provoqué par la Société de psychiatrie et de psychologie médico-légale de Vienne est d'avis : que l'assistance communale ordinaire est impuissante à assister comme il conviendrait les aliénés pauvres incurables et non dangereux; — que, par suite, il conviendrait que les départements (Lœnder), venant en aide aux communes,

[1] M. Gauster en sait quelque chose, puisqu'il a été médecin en chef et qu'actuellement il est directeur-administratif du grand asile de Vienne. (P. K.)

créent pour les infirmes de l'intelligence des asiles dont on confierait la direction à des médecins;

2° La Société de psychiatrie et de psychologie médico-légale soumettra cette résolution à l'appréciation et à l'étude des départements et des conseils départementaux (*Landes ausschüssen*).

Discussion : M. SCHLANGENHAUSEN. En Styrie, pour remédier à l'encombrement, on a créé des succursales des asiles d'aliénés qui ne sont peut-être pas en effet ce qu'elles devraient être. Mais déjà on s'est inquiété de la situation. L'an dernier, on a acheté à Schwanberg un vieux bâtiment et l'on est en train d'y exécuter les travaux d'appropriation nécessaires à sa transformation en hospice pour aliénés incurables. L'an prochain, on y transférera les infirmes de l'intelligence.

M. GAUSTER. Ceci prouve le bien-fondé de ma proposition. Mais il faut qu'on agisse de même en d'autres départements. Ainsi en Gallicie ce mode d'assistance est urgent.

Le Congrès adopte à l'unanimité la première résolution.

M. SCHNOPFHAGEN. C'est aux directeurs d'asiles qu'il appartient d'agir auprès des conseils généraux.

M. GAUSTER. Remarquez que notre seconde résolution, sera si nous nous y prenons collectivement, transmise aux conseillers sanitaires du département qui l'appuieront. L'intervention individuelle des directeurs peut, dans des états où ceux-ci n'ont point l'influence qu'ils devraient avoir, rester sans effet. Tandis que l'action collective de la société est une force. — La seconde résolution est adoptée à une forte majorité.

M. SVETLIN. *L'assistance judiciaire des Aliénés en Autriche.*— Deux paragraphes seulement de nos lois, les § 270 et 273 du code civil s'occupent des intérêts des aliénés et de leurs familles. Et encore datent-ils de 1811. Le § 270 dispose : « Seront mis en tutelle... les majeurs qui sont atteints de délire ou de démence. » Le § 273 : « Peut seul être tenu pour délirant ou dément celui qui sera ainsi judiciairement qualifié après enquête minutieuse de sa conduite et interrogatoire des médecins commis à cet effet par le tribunal. »

Cela ne suffit pas. C'est en vain que les spécialistes et les sociétés autorisés ont sollicité des pouvoirs publics et judiciaires une loi complète sur les aliénés, qu'en 1869 la société psychiatrique a rédigé un projet de loi nettement formulé, qu'en 1872 la même société a adressé une nouvelle pétition sur le même objet au ministre de la justice. Pas de réponse. Et cependant, depuis quatre-vingts ans, la psychiatrie est devenue une science réelle qui a fait son chemin dans le monde.

Il n'en faut pas moins persister, selon moi, à réclamer une réforme de l'assistance judiciaire pour les aliénés. *Gutta cavat lapidem.*

Commençons par l'*obligation de la déclaration*. Cette obligation n'existe aujourd'hui que pour la direction des asiles d'aliénés. Il faut l'étendre à tous, quant aux personnes dont l'état d'aliénation est notoire. En effet, tout aliéné privé de soins médicaux ou de surveillance, tout aliéné dont la conduite n'a pas provoqué de conflit entre lui et la police n'est jamais signalé à l'autorité. Le médecin se gardera bien, puisqu'il n'y est pas tenu par la loi, de créer des ennuis à la famille. Le mot d'aliénation mentale n'est pas prononcé; au lieu de s'adresser à un asile d'aliénés, on envoie le malade, à son détriment, dans un établissement d'hydrothérapie ou dans un sanatorium quelconque. La loi va donc à l'encontre de son but; elle ne préserve pas; elle devient nuisible, puisqu'on la tourne.

Quand les autorités sont saisies d'un cas d'aliénation mentale, quand elles sont invitées à examiner un état mental, ce n'est pas pour un motif d'assistance, c'est plutôt pour éviter aux parents les dommages que l'aliéné pourrait causer. La loi ici ne préserve pas le malade, elle préserve du malade.

Ainsi, sans exception, seuls les malades internés dans les asiles sont connus des autorités, et cependant il est évident que cette déclaration les préserve par elle-même dans leur personne et dans leurs biens.

Pourquoi alors le médecin et la famille se gardent-ils de signaler les aliénés et de les mettre sous la protection de la loi? Parce que la famille craint de divulguer ce malheur et que les mesures d'exécution légale entraînent inconsidérément cette divulgation.

En effet, dès que le directeur d'un asile a séquestré un malade, il en donne connaissance au tribunal dont dépend l'aliéné; ce tribunal ordonne l'examen de son état mental et la communication du résultat de l'examen. Dans les grandes villes, ces formalités n'ont pas d'importance; mais dans les petites localités, elles aboutissent à la publicité. Cette première déclaration n'est pas, d'ailleurs, la seule action judiciaire; la procédure continue. Un second jugement ordonne que la famille paiera les frais de l'examen médico-légal. Il est signifié par huissier à la famille. Si par malheur le débiteur est absent, l'huissier tempête et laisse la signification à un domestique quelconque : on n'est pas plus humain!

C'est de 1811 que date le paragraphe relatif à la tutelle des délirants ou des déments. Sans doute, un décret du 25 janvier 1874 (n° 24,075) spécifie que ce ne sont là que des dénominations spécifiques qui n'ont point pour objet de limiter la définition générale, et que tous ceux qui ne sont point en état de s'occuper eux-mêmes de leurs affaires doivent être pourvus d'un tuteur. Mais ce n'est pas dans un but scientifique que ce décret a été rendu, et du reste il est tombé dans l'oubli. Une seule fois, on a interdit une dame haut placée, affectée de folie morale, sous la rubrique « pour cause de *maladie* » purement et simplement. Or, quand on songe

au nombre des périodes initiales de psychopathies, à la quantité de leurs stades intermédiaires, de leurs formes mixtes (en 1811, on n'en avait pas idée), on s'étonne à bon droit que la justice conserve deux dénominatives uniques.

La loi est encore plus dure. Elle ordonne l'affichage au tribunal et dans les feuilles les plus lues du jugement rendu sur l'état mental de l'aliéné. C'est complet. Au moins pourrait-elle se borner à ce texte : une incapacité momentanée pour cause de maladie.

Entre temps, se multiplient les nombreuses citations judiciaires des membres de la famille pour constituer un curateur, les pénibles interrogatoires pour établir l'état de la fortune.

Pour les aliénés aisés, un tuteur est bientôt trouvé. D'autant que la charge n'est pas gratuite. Mais pour les aliénés indigents ! On en nomme un d'office qui n'a cure, cela va de soi, du sort de son pupille. Je me souviens d'une femme atteinte de folie systématique qui, renvoyée de l'asile à titre d'essai, se maria plus tard avec le consentement de son tuteur; celui-ci ne l'avait jamais vue. Autre histoire. Deux débiles avaient lié connaissance à l'asile de Klosterneuburg, ils demandent à sortir, contre promesse de retour; ils se marient. Or, tous deux étaient, l'homme et la femme, incapables, interdits, irresponsables. Et cependant personne ne s'opposa à leur mariage civil et religieux; on leur délivra toutes les pièces nécessaires, le tuteur de la femme ayant dit, sans plus de difficultés, qu'il s'en désintéressait.

La loi devient une pure question de formes pour les aliénés étrangers. Le consul et l'ambassadeur sont invités à la commission d'examen, mais les choses en restent là. On désigne un tuteur au lieu d'habitation de l'aliéné, on procède en un mot comme pour les nationaux, avec cette différence que les dispositifs n'ont aucune valeur légale pour le malade en question.

Si le malade étranger a quelque fortune, il faut qu'elle soit mise en sûreté; il est évident que souvent les capitaux ne peuvent, à raison de cette mesure, plus rapporter. Souvent aussi, la sage prévoyance de la loi se transforme en une mesure de rigueur monstrueuse en vertu de ce texte : « La fortune de l'aliéné ne doit jamais être entamée. » J'ai connu, par exemple, une Française qui, depuis quarante-six ans, était au service de trois générations d'une famille seigneuriale, elle avait économisé pas mal d'argent; mais les rentes de ce capital n'eussent pu suffire au mode d'existence auquel elle était habituée. Seule au monde, elle n'avait en France que des parents très éloignés, qu'elle n'avait jamais vus et qui, peut-être, ne soupçonnaient nullement son existence. C'était donc à ces héritiers que la loi réservait sa fortune, la pauvre malade ne devait jamais jouir du fruit de ses épargnes péniblement amassées sou à sou.

Je terminerai par un incident comique dû à la procédure. J'ai

entre les mains un factum du tribunal du district de W... en Bohême adressé à un paralytique général en démence mis en tutelle. On le lui envoya à sa résidence d'été. Il commence ainsi : « A M. A... à W... Il est communiqué que M. A... à W... est, par le tribunal, déclaré en démence. » Cette signification officielle de l'état de démence a provoqué, chez ce malade, un accès de manie furieuse.

Il faut, en résumé, remplacer cette loi surannée et défectueuse par une autre complète qui tienne compte des intérêts de l'humanité et des acquisitions de la science. Il faut surtout substituer à cette procédure inconsidérée une procédure simple et plus humaine.

Et je propose les deux motions suivantes :

1° La Société de psychiatrie de Vienne, réunie en congrès à Graz, sollicite du ministre de la justice de bien vouloir inviter les magistrats à envoyer *sous pli cacheté* aux parties intéressées tous actes et assignations relatifs aux affaires de tutelle afin d'assurer toute la discrétion possible ;

2° Le congrès de la Société psychologique de Vienne, réuni à Graz, prie instamment MM. les députés de vouloir bien étudier et discuter, dans les plus brefs délais, une législation opportune relative aux aliénés.

Discussion : M. GAUSTER. La réforme est depuis longtemps en train. C'est le temps qui manque le plus. Le projet de loi pénal n'a pas encore été une seule fois délibéré.

Sans doute, il faut remplacer les vieux mots de délire et démence (Wahnsinn-Blœdsinn) par celui de maladie.

En ce qui concerne la tutelle des étrangers, il faut envoyer l'acte à l'étranger. Chez nous, on ne peut leur nommer qu'un curateur provisoire.

Quant à l'indélicatesse des procédés de la magistrature, elle tient à la routine.

Notre société a déjà traité à fond la réforme de la législation des aliénés. J'ai écrit sur ce sujet un rapport qui a servi de base à une pétition. Quelques-unes des vues de M. Svetlin y ont pris place.

M. SVETLIN. Les magistrats étrangers ne s'inquiètent pas du tout de nos procédures de tutelle. La preuve, c'est que les ambassadeurs n'envoient personne à la commission. Donc, nos formalités n'ont aucune raison d'être.

M. MEYNERT. La question de publicité tient aux fonctions officielles des magistrats. Tout autre est la préoccupation de l'aliéniste. Ce sont surtout les journalistes qui sont coupables, car les faits divers sont pleins de divulgations de ce genre. C'est à leurs sociétés qu'il faut nous adresser et leur expliquer l'importance du secret en ces matières.

M. de Krafft-Ebing. Sans doute, j'adhère aux opinions que je viens d'entendre, est-il bien utile de provoquer l'invention d'une loi spéciale pour les aliénés. Les autres pays en sont-ils plus avancés; on leur a servi un code qui ravale les pauvres aliénés à un type spécial du genre homo, et n'est pour l'aliéniste (Amérique-France) qu'une camisole de force. Le jurisconsulte, à l'exemple de tous les profanes, ne voit dans l'asile d'aliénés qu'une bastille moderne pour l'humanité. Quel tort ce préjugé officiel n'a-t-il pas causé à nos établissements; il a encore diminué la proportion déjà faible des guérisons. Dans tous les pays où existe une loi propre aux aliénés, on s'est convaincu que l'humanité en a souffert et que l'on a, dans des proportions colossales, multiplié les difficultés dans l'admission des malades. Nous vivons, on l'a dit, sur d'anciens errements; avant de quitter un sol ancien mais solide, il convient de réfléchir mûrement et de déterminer avec précision ce que nous devons demander et recommander[1].

Supprimer les expressions de délire et démence, rien de plus juste, rien de plus urgent. En Allemagne, on a, dans le projet du code civil, adopté celle de « *maladie mentale* ». Faites de même. C'est une question de code civil et non de législation spéciale aux aliénés.

Quant aux articles relatifs à l'*admission* et à la *sortie*, ils m'épouvantent. Les jurisconsultes légiféreront et en légiférant ils menaceront le but que nous poursuivons, le traitement de la folie, ils aggraveront le préjugé qui ne voit dans les asiles que des établissements de détention. C'est par des règlements intérieurs qu'il faut résoudre ces questions. La procédure de l'interdiction et de la tutelle ressortit à la procédure civile.

La loi des aliénés doit se borner à traiter de l'assistance des malades qui ne sont pas internés. On vient de nous dire combien leur situation est fausse.

Encore quelques mots, je vous prie, sur l'interdiction. La législation actuelle ne prévoit que les extrêmes. Permettez-moi une comparaison. Il y a des malades qui ne peuvent marcher sans béquilles ou sans bâton: on leur donne un bâton, qui leur permet de se mouvoir. Nos aliénés, eux, ne peuvent aller, donnez-leur une béquille. Ce sera, comme on dit en France, un conseil judiciaire; il a pour mission de surveiller tous les pas du malade et de lui

[1] Ces réflexions sont pleines de sagesse. Les pires ennemis des aliénés sont sans s'en douter les législateurs. Qui trop embrasse mal étreint. Nos asiles, il faut les convertir en maisons ouvertes, comme on l'a fait en Ecosse. Surveillance ne signifie pas prison. Si l'asile devient un instrument de séquestration (c'est ce qui arrive forcément avec la suprématie du pouvoir judiciaire), il cesse d'être un instrument de traitement. L'administration du médecin est la seule admissible sous certaines garanties. (P. K.)

donner la capacité légale au moyen de sa signature. C'est ce qu'il y a de mieux à faire.

La première motion de M. Svetlin est seule adoptée.

M. Bœck. *Idées propres à opérer une réforme radicale de l'assistance des aliénés.* — Les asiles d'aliénés actuellement hospitalisent en commun les personnes qui présentent des troubles intellectuels aigus, généralement passagers et curables, et les échantillons les plus terrifiants du délabrement psychique sans espoir, les déments de provenances diverses, à l'aspect le plus répugnant, les paralytiques en complète déchéance, les épileptiques dont les accès sont épouvantables, les délirants chroniques, qui par leurs idées fantastiques ou provocatrices, jettent partout le trouble et l'effroi. Il est impossible de ne pas être frappé de ces contrastes quand on visite une clinique psychiatrique ou un asile d'aliénés pour la première fois. Supposons qu'on y arrive comme malade; quelle impression ces tableaux ne doivent-ils pas exercer sur l'imagination déjà détraquée des vésaniques aigus; ils doivent trembler pour leur sécurité, alors qu'il leur faudrait un calme parfait. Il est même certain que le souvenir qu'ils gardent de cette société avec laquelle on les a obligés à vivre laisse en leur esprit une impression préjudiciable à leur entière guérison, les prédisposant à la récidive, et en même temps gravant en eux une appréhension indélébile contre l'établissement où ils seront forcément ramenés.

Il importe avant tout d'éliminer des asiles l'alcoolisme chronique et la folie morale. La conduite et la perversité de ce genre d'aliénés exercent sur leurs commensaux une influence pernicieuse; de plus, elles obligent le personnel de l'asile à recourir à des moyens qui transforment l'établissement en un établissement pénitentiaire sans grand avantage pour l'état mental de ces malheureux, car la répression ne peut qu'y être imparfaite.

Par contraste, on ne reçoit ni dans un hôpital ordinaire, ni à l'asile d'aliénés, l'hystérie grave, la neurasthénie, la dysthymie par épuisement du système nerveux. Et cependant, ils présentent des troubles intellectuels qui, pour être anodins au point de vue de la sécurité générale et de l'ordre public, n'en sont pas moins sérieux quand on envisage le malade en lui, car le plus grand nombre des suicides doit être imputé aux deux dernières catégories que nous venons de citer.

Voici, selon nous, le remède à cet état de choses.

Les psychoses aiguës se rattachent intimement aux maladies internes; on y trouve des gradations insensibles qui nous ramènent aux troubles fonctionnels du système nerveux. Ces maladies mentales sont de jour en jour plus accessibles aux méthodes générales de la pathologie et deviennent justiciables de la physiologie ou de la médecine. Nous l'avons vu d'après les deux lumineuses com-

munications d'hier. Il y aurait donc utilité, à tous points de vue, à traiter ce genre d'aliénés dans les sections de neuropathologie. Et, par suite, tous les hôpitaux devraient comprendre un bâtiment propre à l'observation et au traitement des affections nerveuses, qui servirait simultanément d'asile de convalescence. Ce complément indispensable de l'hôpital permettrait du même coup l'enseignement de la psychiatrie. Les familles seraient évidemment plus portées à placer un malade à l'hôpital que dans un asile.

Discussion : M. Fischer complète la communication de M. Bœck, à laquelle il adhère, par l'examen de ce qui se passe en Hongrie. En ce pays, le recensement de la population pour 1880, fournit le chiffre de 28,221 aliénés. Ils sont internés dans trois asiles de l'Etat. (deux à Budapesth — un à Hermannstadt) — deux quartiers d'observation (un à Budapesth — un à Presbourg) — trois asiles privés. Mais ces établissements ne peuvent en tout recevoir que 2,055 malades, ce qui veut dire qu'on ne soigne que 7,28 p. 100 des aliénés; que l'assistance des aliénés y est lamentable, que les établissements sont encombrés.

J'ai donc été amené par la force des choses à chercher un mode de traitement plus moderne, plus en rapport avec les indications de la psychiatrie et de l'humanité. Voici ce que je propose : Il existe en Hongrie 63 comtés qui possèdent une autonomie plus ou moins semblable à celle des Etats de la couronne d'Autriche. Un grand nombre de ces comtés possèdent chacun son hôpital qui dispose de 40 à 250 lits. Ceux qui n'en ont point devraient en construire un à bref délai. Il suffirait, par conséquent, dans chaque comté, de compléter l'hôpital par un pavillon destiné à recevoir 150 malades, qu'on installerait dans le genre des quartiers d'observation. On y conduirait tous les aliénés du comté qui exigeraient les soins d'un asile d'aliénés. Les aliénés incurables, hospitalisés dans cette section depuis longtemps, par exemple depuis trois ans, seraient transférés dans les hospices d'invalides correspondants. Nous arriverions de cette manière à interner 9.450 malades et nous destinerions les asiles d'aliénés actuels au rôle d'hospices d'infirmes pour aliénés incurables. Ce serait, suivant moi, l'idéal de l'assistance psychiatrique. Nous ferions tomber du même coup tous les préjugés du public, et nous augmenterions, sans nul doute, la proportion des guérisons. En effet, les quartiers d'aliénés ainsi disposés comprendraient une section ouverte destinée aux névropathes et aux malades atteints de psychoses légères. Chaque section psychiatrique du comté deviendrait un centre de surveillance pour des aliénés laissés chez eux ou errant à l'aventure.

M. Gauster. Quand on aura fait tomber les préjugés, quand les médecins plus instruits auront éclairé le public, les établissements d'aliénés deviendront des hôpitaux tout à fait semblables aux

autres[1]. Je propose de renvoyer la proposition de M. Bœck au comité d'affaires de la Société sans qu'il soit nécessaire de nommer une commission spéciale.

M. SCHLANGENHAUSEN. M. Bœck dit que les établissements destinés au traitement des malades ne conviennent pas aux aliénés atteints de folie morale et d'alcoolisme chronique. Mon expérience me permet d'affirmer que nous les améliorons suffisamment pour qu'ils puissent vivre au dehors.

M. MEYNERT. Les cliniques psychiatriques doivent jouir d'une certaine liberté, il ne me paraît donc pas bon de les river à un asile. Il n'est pas d'hôpital qui puisse disposer d'un espace suffisant pour recevoir et les cas curables et le matériel de l'enseignement. Il n'est pas pas possible de soustraire à la clinique les cas chroniques; d'ailleurs le pronostic n'en est pas si précis que cela. Qui peut actuellement dire *a priori* si les types connus dans la science sous le nom de secondaires sont réellement incurables. Bacon de Verulam ne disait-il pas : « ce qui importe le plus au médecin c'est de spécifier les cas incurables qui ont guéri. » Tous les cas doivent pouvoir figurer dans une clinique. Il faut aussi qu'elle soit rattachée à une section de maladies nerveuses qui la complète en lui procurant des troubles intellectuels que ne doit pas recevoir un asile, par exemple les obsessions neurasthéniques.

M. DE KRAFFT-EBING. Une clinique psychiatrique doit présenter à l'auditeur tous les types voire les types curables. En revanche, il serait excellent de construire des établissements pour malades atteints de neuropsychoses. Les neurasthéniques, par exemple, qui, hantés par l'hypochondrie, redoutent perpétuellement le ramollissement cérébral, ne sauraient être internés dans un asile d'aliénés, car le spectacle des fous est encore une de leurs craintes. Même embarras pour l'hystérie grave et la grande chorée. Leur admission n'est permise que par un état de somniation posthystérique ou des tentatives de suicide; ces accidents sont en réalité un bonheur pour ces aliénés. Mais, en attendant, il conviendrait de les soigner avant de tels épisodes et de leur préparer des établissements spéciaux.

M. SVETLIN. Il arrive aussi que des aliénés voudraient eux-mêmes se faire interner sans que l'on puisse satisfaire à leurs désirs; ils ne sont pas cotés sous la rubrique « dangereux pour la sécurité publique ».

M. MEYNERT. La question me paraît résolue si l'on décide de compléter toute clinique psychiatrique par une clinique de maladies nerveuses.

M. DE KRAFFT-EBING. Toute à l'heure je me suis opposé à la créa-

[1] C'est la thèse que nous soutenons depuis longtemps. (B.)

tion d'une loi spéciale aux aliénés. Mais partout on ne parle que de cette réforme ; les aliénés la réclament ; tous les corps constitués qui touchent à la législation s'agitent. Il faut que les aliénistes soient entendus.

Je propose donc :

Que la question soit traitée par le prochain congrès, en ces termes :

Dans quelle mesure la législation des aliénés a-t-elle besoin d'une réforme? Deux rapporteurs seront nommés ; ils soumettront au congrès des propositions fermes. *Adopté.* MM. GAUSTER et de KRAFFT-EBING sont nommés rapporteurs.

Sur la proposition de MM. LAUFENHAUER et FISCHER, modifiée par M. GAUSTER, le Comité d'action de la société psychiatrique est chargé de déterminer le prochain congrès et de s'aboucher avec les Hongrois pour qu'il se tienne à Budapesth. (*Jahrbuecher f. Psychiat.*, X, 2-3.) P. KERAVAL.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICO-LÉGALE DE VIENNE

Séance du 30 *octobre* 1890[1]. — PRÉSIDENCE DE M. MEYNERT.

M. MEYNERT rappelle à la Société qu'en 1878, elle a, pour la première fois, adressé une pétition aux pouvoirs publics afin d'introduire la psychiatrie comme matière obligatoire, dans les examens de médecine. Actuellement, quelques pays voisins ont résolu favorablement la question. La Société fera bien de récidiver.

M. ANTON lit son mémoire sur les *troubles du sens musculaire* et présente deux malades. (Publié *in extenso*.)

Discussion : M. MEYNERT. Chez les deux malades qui viennent de nous être présentés, on constate un trouble sensoriel et sensitif hémilatéral que l'on peut considérer comme un symptôme de déficit émané d'un territoire cérébral irrigué par l'artère choroïdienne. Les troubles de l'odorat sont également à ranger dans la même catégorie, car l'artère en question irrigue aussi les parois du prolongement inférieur du ventricule latéral, y compris la corne

[1] Voyez *Archives de Neurologie*, t. XI, p. 116. Séance de mars 1885. Depuis cette époque, les comptes rendus n'ont pas été publiés ; d'ailleurs, ils se résument en l'analyse des mémoires publiés dans le *Jahrbücher f. Psychiatrie*, que l'on trouve régulièrement aux *Revues analytiques*. (P. K.)

d'Ammon. Le territoire de l'artère qui nous occupe commande donc à la transmission de la capsule interne, à la vue, à l'olfaction. Chez les deux malades, il existe une anosmie du côté anesthésique. Donc il y a trouble fonctionnel de ce territoire vasculaire.

M. ANTON propose de soumettre *le malade Hermann* qui a suscité une polémique contre les aliénistes de l'Autriche, à un comité choisi dans le sein de la Société qui fera un rapport. Mais la société, qui adopte cette proposition en principe, attendra l'achèvement de la publication du médecin commis par le tribunal, M. HINTERSTOISSER.

Séance du 27 novembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MEYNERT.

M. FRITSCH. Des *impulsions pathologiques*. (Publié *in extenso*.)

M. MEYNERT. L'article de M. Hinterstoisser sur le *malade Hermann* a paru dans la *Wiener klin. Wochenschrift*. On peut donc procéder à la nomination du comité ; on n'y fera entrer que des médecins qui ne connaissent pas le malade en question. Sont choisis : MM. Meynert, Janchen, Anton. Le comité pourra consulter l'observation consignée sur les registres de l'asile de Vienne.

M. GAUSTER donne lecture d'un mémorandum relatif à la *nécessité de faire entrer la psychiatrie dans les sujets d'examens*. Les motifs développés par l'orateur, par MM. Meynert et Gauster sont connus de tous. Ce mémorandum sera transmis au ministre des cultes et de l'instruction publique par une députation composée de MM. Meynert, de Krafft-Ebing et Gauster.

Séance du 8 *janvier* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. MEYNERT.

M. ANTON présente au nom du comité nommé pour *l'examen du malade Hermann* un rapport dont les termes sont modifiés conformément aux indications de MM. Meynert, Gauster, Janchen. Le comité est autorisé à agir suivant ces instructions.

Séance du 19 *février* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. MEYNERT.

M. MAYER. *Contribution à l'anatomie pathologique du tabes dorsal*. (Publié *in extenso*.)

Séance du 9 *avril* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. MEYNERT.

M. MEYNERT. — *La théorie des énergies spécifiques*. (Publié *in extenso*.)

Séance du 14 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. MEYNERT.

C'est la séance annuelle de la Société consacrée aux affaires et notamment à la nomination du bureau. Sont nommés.

M. MEYNERT, président ; M. GAUSTER, vice-président ; MM. MAYER et BOECK, secrétaires ; M. BUBENIK, bibliothécaire ; MM. PFLEGER, HOLLER, FRITSCH, FRIES, membres du conseil d'administration.

M. GAUSTER propose, conformément à un article des statuts, de provoquer un congrès pendant l'été de cette année et de le tenir à Graz. Adopté. (*Jahrbücher f. Psychiat.*, X. 2-3.) P. KERAVAL.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN.

SOIXANTE-TREIZIÈME RÉUNION [1].

Séance du 15 juin 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LOEHR aîné.

M. LEPPMANN. *Simulation d'aliénation mentale intercalée entre un accès de vésanie et une rechute.* — Il s'agit d'un campagnard de trente-neuf ans, fortement entaché d'hérédité, présentant un arrêt de développement des facultés, et ayant eu dans sa jeunesse une maladie aiguë du cerveau, chez lequel on avait constaté des actes procédant de la débilité mentale ; cet individu pousse son vieux berger à mettre le feu à plusieurs reprises, ces incendies lui étant profitables. Un voisin rusé se lie peu à peu avec l'incendiaire, découvre le pot aux roses et s'en sert pour faire chanter le coupable, qui, pressuré, finit par tuer le vieux berger. Le crime est découvert. Pendant l'instruction, notre campagnard, après avoir avoué, est atteint de mélancolie stupide. La psychose dure un an et guérit à l'asile. C'est alors que le malheureux simule la démence avec amnésie des faits récents. La simulation découverte, on le condamne à quinze ans de travaux forcés. Nouvel accès de stupeur anxieuse ; au bout de plusieurs mois, on le confie à notre observation au quartier d'aliénés de Moabit et nous acquérons la conviction qu'il n'y a en ce moment, ni simulation ni exagération.

M. KOENIG. *D'un trouble de la parole survenant par accès chez une paralytique générale.* Mémoire publié [2].

[1] Voyez *Archives de Neurologie*, t. XXII, p. 418.

[2] *Id.*, Revues analytiques.

Discussion : M. Cramer. Les deux dernières observations signalées par l'orateur sont distinctes de la première. La première peut se résumer ainsi. Trouble de coordination entre l'intonation et les mouvements qu'exige la parole restés parfaits. Dans les deux autres cas, ce sont des accès d'aphasie passagère ainsi qu'il en survient assez souvent chez les paralytiques généraux.

M. Mœli. L'observation de M. Kœnig n'est sûrement point de l'aphasie corticale motrice; c'est un trouble de l'articulation qui est distinct de l'aphasie motrice sous-corticale.

M. Jastrowitz. *Un procédé pour enlever les corps étrangers du tube digestif.* — Vous bourrez le patient de purée de pommes de terre et de choucroute mélangées (*panaché*). Deux heures après, vous lui administrez de l'huile de ricin. La pâtée englobe les corps étrangers et souvent ceux qui séjournent depuis longtemps dans l'intestin; l'huile de ricin élimine le magma. L'orateur en présente des spécimens.

M. Lœhr propose que, désormais, dans les propositions formulées par les congrès, à côté des sections intitulées : clinique interne, clinique d'accouchements, clinique chirurgicale, figure une quatrième clinique indépendante, sous le nom de clinique psychiatrique. *Adopté.*

M. le Président propose aussi de déléguer comme représentant de la Société au Congrès médical de Weimar, M. Philipp déjà choisi, pour la même mission, par la Société médicale du district de Potsdam ; M. Philipp voudra bien faire adopter cette réforme dans l'enseignement de la médecine. Adopté. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, XLVIII, 4.) P. Keraval.

CONGRÈS ANNUEL DES ALIÉNISTES ALLEMANDS.

SESSION DE WEIMAR [1].

Séance du 18 *septembre* 1891. — Présidence de M. Lœhr aîné.

La séance s'ouvre par la proclamation des noms des collègues morts depuis la session d'Iéna. L'assemblée se lève pour honorer leur mémoire. Le président communique en outre que les gouvernements de l'empire n'ont pas donné suite à la motion de M. Mœli

[1] Voir *Archives de Neurologie*, session d'Iéna, t. XIX, p. 405.

relative au recensement des aliénés dans le recensement général de la population[1].

Il rappelle la question agitée par M. Werner. De la *nomenclature psychiatrique* (expressions : *Verrücktheit* et *Wahnsinn*)[2]. M. Kirn avait fait voter par l'assemblée la mise à l'ordre du jour de ce sujet préalablement étudié par des rapporteurs nommés par le bureau. Cela n'a pas été fait. On n'a pu trouver de rapporteurs, une imposante minorité ayant, à Iéna même, considéré la question comme prématurée. Il demande donc qu'on s'en remette à la discrétion du bureau. Adopté.

M. Kroemer a envoyé une motion écrite relative à l'établissement des permis de circulation des cadavres. Cette motion est appuyée par M. Siemens. On la discutera à la fin de la session.

Responsabilité et criminalité. MM. Pelman et Mendel, *rapporteurs* — M. Pelman. C'est une question qui restera à l'ordre du jour jusqu'à ce que l'entente se fasse et la multiplicité des écrits et des controverses sur ce thème montre qu'on est encore loin d'avoir atteint pareil but. Si Lombroso a dépassé la mesure, il n'en reste pas moins acquis qu'il a étendu le champ de ses investigations à l'anthropologie tout entière et qu'il a intéressé à cette question toutes les professions. Il nous a rappelé qu'il fallait punir l'homme et non la faute impersonnelle. Et en réalité, il a fondé la biologie criminelle, c'est-à-dire l'étude scientifique de la spécificité physique et mentale du criminel et le déterminisme des conditions du crime qui émanent de cette spécificité. Telle est la base d'une science jeune. Jusqu'à présent, il paraît établi que le criminel est entaché d'une anomalie morale, car il lui manque un élément indispensable pour l'existence en société.

Il est indiscutable qu'il ne saurait y avoir de prédisposition à commettre des actes répréhensibles, car l'idée même de la culpabilité dépend de conditions accessoires, et ce que nous appelons inné n'est que le produit du temps et des circonstances avec lesquels cet élément change. Le sens moral n'est nullement inné ; il est acquis et résulte de l'adaptation de la vie à des conventions sociales existantes.

Nous voici donc en présence de maladies morales ; contre elles les asiles d'aliénés ne sauraient être le moyen vrai ; en revanche, quand les idées raisonnables et la menace du code pénal demeurent infructueuses, on leur applique l'emprisonnement, la détention, le bagne, l'échafaud. La notion de la responsabilité n'entre en rien dans notre spécialité ; elle est d'ordre juridique, elle appartient à la jurisprudence criminelle, et, si nous nous en occupons,

[1] Voir *Archives de Neurologie*, session d'Iéna, t. XIX, p. 416.
[2] *Id.*, p. 418 et 423.

c'est parce que, dans la pratique, il est souvent impossible de tracer des limites entre les deux sujets. Il est certain que c'est au spécialiste qu'appartient la tâche de distinguer rigoureusement la maladie de la dégradation morale et physique, et le rôle du vice en pareille occurrence; mais, à côté de cela, nombreux sont les cas dans lesquels cette tâche est difficile, sinon tout à fait impossible.

Il est néanmoins indispensable que nous nous entendions avec les magistrats sur la définition et la description de la responsabilité. Actuellement ceux-ci nous concèdent d'accorder le bénéfice de l'irresponsabilité et, par conséquent, l'impunité, aux aliénés véritables. Il ne serait point sage à nous de refuser cette concession sans objection. Mais la difficulté commence dès que cesse la maladie mentale proprement dite, sans que cependant nous ayons à faire à un individu normal.

On croit, ou plutôt on a cru souvent, nous avons cru trop souvent la lever (la difficulté), en admettant l'atténuation de la responsabilité; mais comment y aurait-il une responsabilité atténuée? Il n'y en a pas, la nature même de la responsabilité empêche qu'il n'yen ait une atténuation.

La responsabilité, en effet, repose sur la liberté de la détermination personnelle. Celle-ci disparue, l'homme est irresponsable, de quelque côté qu'on l'examine; limiter la liberté volontaire est un non-sens, c'est admettre la dépendance de l'indépendance.

Comment dissocier la responsablité; elle existe ou elle n'existe pas. Fixer le degré de l'esclavage psychique qui limite la responsabilité, c'est de l'arbitraire. On s'est trompé de sujet. Ce n'est pas à graduer la responsabilité qu'il convient de perdre son temps, c'est la mesure de la culpabilité que l'on peut établir. Celle-ci peut, en effet, être plus ou moins grande et, par suite, à l'individu responsable on appliquera une pénalité plus ou moins forte. Je souhaite que l'avenir porte la lumière dans cette affaire.

Commençons, si nous pouvons, par faire table rase de l'antique notion de la peine considérée comme expiation, par cesser de regarder le châtiment comme un préservatif social, comme un élément de défense contre des rebelles dangereux pour l'ordre établi; puis, nous verrons dans les maladies mentales une explication de la criminalité et non plus une exemption de cette dernière.

Dans ces conditions surannées, la société a incontestablement le droit de se préserver contre le criminel aliéné et l'aliénation mentale ne peut affranchir l'auteur du délit ou du crime des conséquences de ses actes. Mais un malade n'en doit supporter tout le poids, comme s'il était un criminel sain d'esprit; la pitié et l'équité militent en sa faveur. Seulement à l'un comme à l'autre est applicable l'aphorisme suivant : quiconque ne veut s'accommoder à la société dans laquelle il vit, doit la quitter.

M. Mendel. Oui, la notion de la responsabilité appartient à la justice pénale; c'est au magistrat qu'il convient de l'appliquer d'après la volonté du législateur consignée dans les motifs de la loi. M. Pelman a nettement formulé les indications de l'avenir. Sur ce point, je me permettrai de rédiger quelques propositions qui résumeront les desiderata à remplir.

1° Il existe dans les établissements pénitentiaires une catégorie d'aliénés, qui, à l'époque de leur condamnation ou même du délit ou du crime commis par eux, étaient indubitablement affectés de maladie mentale. C'est à des asiles d'aliénés qu'ils appartiennent; — 2° Il existe une catégorie de criminels qui, sans être aliénés, ne sauraient être tenus pour des individus normaux; ce sont des dégénérés, des malheureux tarés. Pour eux, le code pénal pèse trop lourd, il dépasse la mesure. Il y a à cet égard des réformes à introduire dans la loi en préparation sur l'application des peines. Dès maintenant, nous pouvons affirmer qu'il y a lieu d'adjoindre aux directeurs d'établissements pénitentiaires un psychiatre rompu à la pratique de la médecine mentale, qui établisse une individualisation nécessaire des prisonniers. Nous faisons, par exemple, allusion aux vagabonds, châtiés comme s'ils étaient dénués de tout sens moral; — 3° Toute une catégorie de criminels sont des aliénés. Il serait difficile de dire quelle est l'anomalie qui a débuté, du crime ou de l'aliénation mentale. Il y a, pour ainsi parler, amalgame des deux éléments, En Angleterre, on a créé pour eux des asiles spéciaux. En Allemagne. on a rejeté ces créations. Il importe peu, en principe, qu'on les séquestre dans des annexes près des asiles d'aliénés ou près des établissements pénitentiaires. Ce dernier dispositif a bien réussi en Prusse (Moabit); il y aurait donc lieu de s'y rallier; — 4° Quant aux criminels qui ne sont pas aliénés, il convient de se souvenir de la formule de Quetelet : « L'aliénation mentale prépare le crime, le criminel l'exécute. » Le même auteur avance que l'on ferait disparaître bien des criminels en améliorant les existences malheureuses et en aplanissant les contrastes sociaux. Si c'est exagéré, il n'en est pas moins vrai qu'une législation sociale est en mesure de faire à cet égard beaucoup de bien.

Discussion : M. Schœfer. Il n'en est pas moins vrai, en ce qui concerne la responsabilité, que M. Mendel a, dans la *Realencyclopædie d'Eulenbourg*, écrit sur ce thème un article que je vous engage à lire. Que le médecin ne traite pas devant les magistrats l'habileté à posséder, l'aptitude à agir, la capacité civile, cela va de soi. Mais, en matière de responsabilité, il est question de la faculté psychique, ou, si l'on préfère, d'un état mental en rapport avec la responsabilité. Quant à l'atténuation de la responsabilité, n'est-elle pas implicitement admise par la distinction, la définition même des héréditaires dégénérés; si l'état mental est intermédiaire entre la santé psychique parfaite et l'aliénation mentale caractérisée, il y a lieu de déterminer la part de la responsabilité et de la doser suivant le caractère même de cet état mental. Quand vous estimez qu'il ne faut pas considérer un malheureux comme

aussi coupable qu'un sujet sain d'esprit qui aurait commis la même action criminelle, vous admettez et expliquez (ce qui vaut mieux) l'atténuation de la responsabilité. Quant à la criminalité, en placer l'origine dans l'atavisme, à l'exemple de Lombroso, c'est commettre une erreur. En revanche, il est certain que le crime représente la résultante de lois appartenant à l'histoire naturelle de la société, mais il n'est qu'une partie de cette résultante. Le crime, dirai-je moi, n'est pas un phénomène pathologique, et encore moins un accident atavique. Sans doute, un individu, qui est affecté de tares du système nerveux central, succombera plus aisément à l'impulsion criminelle qui gît en chacun de nous qu'un individu normal; il obéira plus sûrement aux facteurs criminigènes qui émanent de l'éducation, des conditions sociales, des causes occasionnelles. En cela, Lombroso a fait œuvre d'initiateur.

M. Tuczek. Je ne crois pas qu'il soit, dans l'état actuel des choses, opportun d'enlever au rapporteur, en matière de médecine légale, le droit de s'occuper de la question de la responsabilité.

La dipsomanie dans ses rapports avec la responsabilité. MM. Jolly et A. Roller, rapporteurs. — M. Jolly. La principale question dont nous ayons à nous occuper ici est non celle de l'ivrognerie, mais celle de la dipsomanie. Nous nous demanderons pour apporter de la clarté dès le début :

1° Les dipsomanes doivent-ils être ou non traités comme des aliénés?

2° Sont-ils irresponsables ou non?

3° Les lois qu'on doit promulguer sur leur compte seront-elles d'ordre purement civil et administratif ou d'ordre pénal?

Conclusion. — On ne saurait punir les dipsomanes. — Leur interdiction exige l'intervention d'un spécialiste au même titre que lorsqu'il s'agit de l'interdiction d'un aliéné. — Les asiles pour buveurs où sont internés d'office les buveurs doivent être dirigés par un médecin et surveillés par l'Etat, de même que les asiles d'aliénés.

M. Roller. — La dipsomanie, qui, en réalité, est la manifestation d'une psychose, et l'ivresse qui s'accompagne de troubles de la connaissance, excluent la responsabilité; — 2° L'habitude de boire (l'intempérance habituelle) n'exclut point le châtiment; — 3° L'ivresse à un degré plus ou moins prononcé ne constitue pas une circonstance atténuante dans un délit, mais il y a lieu de tenir compte, dans l'espèce, des facteurs constitutionnels ou des éléments prédisposants; — 4° Ce serait un bienfait que d'inscrire dans la loi la possibilité d'interner dans un asile pour buveurs un ivrogne par habitude, de le faire interdire et de prévoir une pénalité contre l'ivresse publique; — 5° L'internement dans un asile pour buveurs ne doit pas être envisagé comme une pénalité, mais les considérants doivent consigner qu'il s'agit d'un buveur par habitude. Le reste sera laissé à l'appréciation des autorités. Cette possibilité de l'interne-

ment dans un asile spécial doit être admise dans les condamnations pour crimes et délits de buveurs par habitude; — 6° La loi doit disposer que la pénalité atteindra jusqu'au délinquant qui argue d'une surprise en matière d'ivresse; — 7° Il convient de remplacer la peine de l'emprisonnement dont on menace les buveurs par habitude par des décisions à l'égard des rechutes; — 8° Les asiles pour buveurs seront installés d'après des statuts soumis à l'agrément du gouvernement; ils seront conduits par un médecin accepté par les pouvoirs publics et seront inspectés tous les ans. L'inspecteur d'hygiène les surveillera périodiquement et y fera dresser des statistiques; — 9° La procédure de l'interdiction exigera le concours obligatoire de médecins spécialistes.

Discussion : M. Baer. Appuie sur la dégénérescence physique et mentale que provoque les excès habituels d'alcool. C'est à eux qu'est dû l'accroissement de l'aliénation mentale. Par conséquent, les moyens recommandés par M. Roller s'imposent à tous égards.

M. Zinn aîné. Nous devons nous borner aux points du projet de loi qui intéressent le médecin et ne point nous occuper des autres dispositifs, tels, par exemple, que celui du § 18, alinéa 1, qui vise le châtiment de l'ivrogne causant scandale. De même, à quoi bon parler de l'hygiène publique dans ses rapports avec la surveillance des asiles pour buveurs? Bornons-nous à dire : « L'Etat fondera des asiles pour buveurs; ils seront dirigés par un médecin et surveillés par l'Etat. »

Le canton de Saint-Gall a proposé au grand Conseil un projet de loi qui poursuit le même but que celui du gouvernement. Dans ce projet, il n'est pas du tout question de punir le buveur ou le dipsomane. « Les buveurs, par habitude, y est-il dit, qui, à la suite d'excès de boissons spiritueuses, présenteront, comme le constate un rapport médico-légal d'un médecin fonctionnaire, un affaiblissement considérable de la volonté, seront internés dans un asile pour buveurs et placés en tutelle. » L'ivrogne n'est, pour le législateur, ni un gredin, ni un criminel; c'est un malade incapable de se diriger, mais que l'on peut sauver. Le rapporteur, M. Sonderegger, dit plus loin : « La pénalité correctionnelle, appliquée à l'ivresse, prêterait à rire si elle n'était triste. Dans les cas exceptionnels, elle n'est pas nécessaire; chez les buveurs par habitude, elle est insensée, puisque ces malheureux ont perdu la force morale. Pourquoi, dans ces conditions, ne pas punir les épileptiques de leurs accès. Notre devoir est donc, en nous plaçant à un point médical pur, d'obtenir l'interdiction des buveurs par habitude et leur internement, contre leur volonté, dans un asile pour buveurs. »

Séance du 19 septembre 1891. — Présidence de M. Lœhr aîné.

Suite de la discussion sur la dipsomanie. — M. Mendel se rallie pleinement aux conclusions de M. Jolly. Pour combattre les grands

désordres causés par l'alcool, il y a d'abord l'élévation du prix des spiritueux. Mais serait-on en état instantanément d'empêcher la consommation de l'alcool, les alcooliques subsisteraient encore pendant longtemps, car l'alcoolisme chronique se développe lentement et son développement exige le concours d'années. La statistique prouve que la cherté des alcools met obstacle à leur consommation, mais elle montre aussi que, en dépit de la cherté des boissons spiritueuses, l'alcoolisme n'a pas décrû; bien plus, à l'exception de *delirium tremens*, les maladies nerveuses d'origine alcoolique ont plutôt augmenté que diminué.

Faut-il punir le buveur par habitude? MM. Kowalewski, Crothers, et Lucy Hœll nous montrent la prison plus pernicieuse à ces malheureux qu'utile. Ce n'est pas dans les établissements pénitentiaires qu'ils trouveront le traitement hygiénique et moral qui leur convient. Ils en sortiront dipsomanes comme devant, et, en outre, ils y seront devenus criminels; entrés malades, ils seront rendus à la société incurables. La société, en agissant ainsi, provoque, de propos délibéré, la perte irréparable d'un de ses membres.

L'interdiction est une mesure utile, à la condition qu'elle relève d'un spécialiste. Celui-ci est, d'ailleurs, seul compétent dans toutes les questions relatives à l'alcool, à commencer par celle de l'inconscience au moment du délit. Au surplus, voyez quelle inconséquence. Vous voulez poursuivre correctionnellement un individu qu'en même temps vous vous proposez civilement d'interdire. Le voici à la fois responsable et inhabile.

M. Wernicke constate que, dans l'année qui a suivi la loi sur la cherté de l'eau-de-vie, le nombre des délirants a diminué de plus de moitié à l'asile d'aliénés et à la clinique psychiatrique de Breslau.

M. Œbeke. En maints cas, il importe d'interner dans un asile spécial les dipsomanes avant d'ordonner leur interdiction. Il est, en revanche, exceptionnel qu'on arrive à guérir la dipsomanie chronique. Le grand nombre de guérisons relatées par les asiles spéciaux pour buveurs est le fait d'une illusion, car il est impossible de savoir ce que sont devenus la plupart des buveurs mis en liberté.

M. Zinn aîné. Contrairement à M. Œbecke, je pense qu'il faut interdire le buveur par habitude avant de l'interner dans un asile spécial. Seulement, il est indispensable qu'on le fasse examiner par un médecin spécialiste.

La société adopte, à l'unanimité, les conclusions suivantes :

La Société des aliénistes allemands accueille avec la plus vive satisfaction la préparation d'un projet de loi destiné à combattre l'excès des boissons spiritueuses. S'abstenant de porter un jugement sur les dispo-

sitifs du projet qui n'ont pas de rapport avec la médecine, elle émet les vœux suivants :

1° Il n'y a pas lieu d'appliquer de pénalité à la dipsomanie. Ce n'est pas par la voie correctionnelle qu'il faut interner les buveurs en des asiles spéciaux ; — 2° L'interdiction des dipsomanes dans les circonstances indiquées au § 12 dudit projet est rationnelle. La procédure relative à l'interdiction de ces malheureux doit suivre les mêmes errements que celle des aliénés; cette mesure ne saurait être prise avant qu'on ait entendu un ou plusieurs médecins spécialistes; — 3° Les asiles pour buveurs seront dirigés par un médecin spécialiste. Ils seront soumis aux mêmes inspections des fonctionnaires de l'Etat que les asiles d'aliénés.

Prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d'aliénés : MM. Nœtel et Zinn, rapporteurs. — M. Nœtel. 1° Les tuberculeux doivent être séparés des autres malades ; — 2° Les chambres dans lesquelles séjournent les tuberculeux doivent être désinfectées par les mêmes procédés que lorsqu'il s'agit d'autres maladies contagieuses, de la diphthérite par exemple, avant d'être affectées à un autre usage. On nettoiera chaque jour avec le plus grand soin, à l'aide de liquides désinfectants, tout ce qui entoure les lits des tuberculeux : plancher, parois de murailles, bois de lits; on séparera leur linge et leurs vêtements des trousseaux des autres malades, et on procédera à la désinfection de ces pièces ; — 3° Les mêmes mesures seront prises à l'égard de tous les autres locaux mis à leur disposition et du mobilier qu'ils contiennent. Les tapis, rideaux, objets garnis ou capitonnés, ne seront pas battus dans des endroits fermés. On s'abstiendra surtout de provoquer des tourbillons de poussières ; — 4° On prodiguera partout les crachoirs convenablement installés. Chaque jour, ils seront remplis d'eau et vidés dans les lieux d'aisance, puis on les passera à l'eau bouillante. Les moindres vestiges de crachats sur les planchers, les murs, les meubles, etc., seront immédiatement nettoyés par la voie humide ; — 5° Le personnel sera dressé à ce genre d'assainissement, les malades seront soumis à un contrôle médical des plus précis ; pleins pouvoirs seront donnés à ce sujet au médecin de l'établissement.

M. Zinn n'a rien à ajouter à ce travail complet.

Discussion : M. de Krafft-Ebing. C'est l'encombrement qui est le facteur le plus puissant de la tuberculose. Il faut absolument, dans l'intérêt de l'hygiène et de l'humanité, se refuser à recevoir dans un asile plus de malades que ne le comporte son cube. L'encombrement nuit surtout aux aliénés dont la respiration est, de par leur maladie, insuffisante, ainsi aux mélancoliques, aux malheureux affectés de démence aiguë, etc.

M. Œbeke. La cause de l'excès de mortalité par la tuberculose constatée dans les asiles privés comparés aux asiles publics vient de ce qu'un grand nombre des aliénés des asiles publics sont, à

raison de leur encombrement, transférés dans des asiles privés. Or, parmi ces malades, un grand nombre sont déjà tuberculeux, car l'asile public conserve de préférence les sujets récemment affectés de vésanies. Par suite, tout naturellement, les asiles privés témoignent d'un chiffre élevé de décès par la tuberculose.

M. Grashey. Ce sont les prescriptions de Cornet que recommande M. Nœstel. Afin d'établir par des chiffres quels en seront les résultats nous avons, à Munich, prié le ministre d'Etat de les appliquer systématiquement dans un établissement pénitentiaire; nous aurons donc sous peu les effets de ce système. Il n'en est pas moins vrai que l'encombrement est l'agent de propagation de la tuberculose et que celle-ci serait diminuée par une bonne alimentation, l'exercice, l'occupation des malades à l'air libre. L'étude des prisons est à ce sujet instructive. Les établissements pénitentiaires chargés d'appliquer de longues séquestrations sont bien plus décimés par la tuberculose que ceux dans lesquels la détention est relativement courte. La mortalité en question atteint 60 p. 100 dans quelques maisons de correction à longues incarcérations. A l'asile de Munich, pendant les années d'encombrement, la mortalité par tuberculose est montée de 21 à 31 p. 100, quoique nous ayons amélioré l'alimentation des malades dont l'excellence était indéniable. Enfin, je vous prierai de remarquer que l'isolement des tuberculeux est impraticable dans un asile encombré.

M. Zinn aîné. A côté de l'encombrement, la nourriture des aliénés, la qualité et le nombre des infirmiers laissent encore à désirer. Ce sont sans nul doute des éléments qui ont peut être plus d'importance que les autres dans la prophylaxie de la tuberculose. Si on ne commence pas par les imposer, c'est en vain qu'on luttera par les moyens indiqués contre cette affection. Voilà pourquoi les asiles d'aliénés, les hospices, les asiles d'infirmes, les établissements destinés aux idiots et tous les instituts d'assistance publique *doivent être dirigés par des médecins*. Quant à la statistique comparée de la tuberculose dans les asiles d'aliénés et dans les populations du dehors, il faudrait pour l'établir autopsier tous les malades de nos asiles et tous les malades de la ville.

Contribution à l'assistance des épileptiques. — MM. Wildermuth et Loeb, rapporteurs. — M. Wildermuth résume d'abord les conclusions du rapport de M. Pelman (session de 1883) [1] et la discussion qui s'en est suivie à Eisenach [2]; il parle notamment de la difficulté constatée par Binswanger de distinguer suffisamment les épileptiques aliénés des épileptiques sains d'esprit—les troubles intellectuels aigus et les psychopathies chroniques des épileptiques aliénés.

[1] Voyez *Archives de Neurologie.*

[2] *Id.*

Or, l'étude de nos malades nous enseigne que nous avons toutes les espèces, et que, par conséquent, la meilleure manière d'assister les épileptiques est d'interner dans le domaine d'un grand établissement malades curables et malades incurables, épileptiques dont l'intelligence est normale, épileptiques dont l'intelligence n'est pas normale, épileptiques jeunes, épileptiques adultes. De cette manière, on formera des groupes légitimes d'après l'âge et le genre des perturbations psychiques, et l'on effectuera la sélection rationnelle par la construction intérieure de différents quartiers.

C'est ainsi que se sont développés les plus grands des asiles de ce genre. C'est ainsi qu'on peut espérer améliorer ou guérir l'épilepsie, qui n'est guère curable, entre parenthèses, que chez les jeunes sujets. On avait, en pratique, essayé de guérir; ne guérissant pas, on a, par la force des choses, constitué des hospices d'épileptiques chargés de recevoir ceux des épileptiques qui n'avaient point guéri, et qui, de jeunes, étaient devenus adultes.

Il serait donc tout indiqué de diviser ainsi l'asile spécial :

1° Quartier des jeunes malades susceptibles d'éducation (*pédagogie*); 2° quartier des épileptiques travailleurs : *ateliers*, *a*. section des adultes; *b*. section des adolescents; 3° bâtiments économiques propres aux épileptiques occupés à l'*agriculture*; 4° quartier d'épileptiques atteints de psychopathies chroniques ou en complète démence. On y ménagerait une section toujours en mesure de recevoir des malades affectés de folie transitoire qui nécessite la séquestration dans un asile fermé. On éviterait ainsi aux épileptiques dont l'assistance comporte la plus grande partie de l'année la vie à l'air libre, la séquestration continue, sous prétexte que de temps à autre ils deviennent dangereux; 5° section affectée aux idiots épileptiques enfants; 6° infirmerie pour les invalides et les infirmes avec divisions pour les maladies aiguës et surtout pour les maladies infectieuses; 7° annexe destinée à l'hospitalisation passagère d'épileptiques vivant au dehors, avec policlinique. Des consultations verbales, ou par correspondance, la délivrance ou l'envoi postal des médicaments de toute espèce compléteraient fort heureusement le traitement hygiénique, intellectuel, moral et médico-chirurgical constamment à l'étude de cette épouvantable névrose.

On se proposerait avant tout d'assister ainsi les pauvres ou des malades peu aisés. Quant aux épileptiques riches, contrairement à la proposition de Jolly, nous ne les renverrions pas aux asiles privés, parce que seul, un grand établissement, peut opérer la sélection sus-tracée qui s'identifie au traitement judicieux de l'épilepsie. En effet, ne faut-il pas pouvoir disposer en même temps de l'enseignement pédagogique, du travail manuel, de l'entraînement agricole. Les épileptiques aisés doivent, par suite, incomber aux grands asiles de ce genre: seulement, on peut aménager pour

eux dans ces établissements un local spécial où des locaux spéciaux.

L'assistance commune des épileptiques et des idiots ressort également de l'examen des faits; car 70 à 80 p. 100 des jeunes épileptiques ne jouissent pas de la plénitude de leurs facultés, si on les compare à des enfants normaux du même âge; ils ont, sans hésitation, tout à gagner du système pédagogique appliqué aux imbéciles. Sans doute, en beaucoup de cas, il est impossible de décider si l'on a affaire à un enfant idiot, atteint d'épilepsie, ou à un enfant que l'épilepsie a rendu idiot. Mais pratiquement, il existe une pierre de touche qui indique que la thérapeutique doit leur être commune. On les éduquera en commun; on leur dispensera le même enseignement professionnel, sauf à assigner des locaux d'habitations distincts aux épileptiques et aux idiots. Il y a longtemps que l'expérience a combattu victorieusement cette objection que les enfants atteints de débilité mentale ou d'imbécillité simple pourraient devenir épileptiques par imitation. Quant à cette autre que la communauté entre épileptiques et idiots pourrait nuire à l'intelligence de l'épileptique, rappelons-nous que, dans tout asile d'épileptiques, on observe toutes les formes de l'arrêt de développement intellectuel. Il va de soi que l'aliénation mentale et la démence de l'épileptique peuvent sans inconvénient cohabiter avec la démence de l'idiot.

Comment disposerions-nous donc notre asile d'idiots et d'épileptiques? D'un côté le sexe masculin; de l'autre le sexe féminin.

Chaque division se composerait :

a. D'un quartier pour l'instruction des épileptiques;
b. D'un quartier pour l'instruction des idiots;
c. D'un quartier des ateliers pour enseignement manuel des malades adolescents et adultes;
d. De constructions économiques (travail agricole);
e. Hospice avec section spéciale pour enfants idiots;
f. Asile proprement dit et infirmerie.

Nous ne conseillerions pas le système des petits pavillons séparés, quelque alléchant qu'il soit, parce que ces petits pavillons sont trop difficiles à surveiller. Or, on sait combien dans ces établissements il faut surveiller personnel et malades. De plus, vous êtes obligé de soumettre à un même mode de traitement des catégories distinctes de malades; il faut donc qu'il y ait une combinaison, une association en temps utile de groupes déterminés, et que, par conséquent, sous l'influence commune des mêmes médecins, des mêmes administrateurs, des mêmes professeurs, on puisse faire fusionner les sections et leurs pensionnaires, ou qu'on les ait sous l'œil. Il y a donc une adaptation architecturale à trouver. D'autant plus qu'il faut savoir ménager les ressources dont on dispose. On ne peut, au début d'un établissement, construire simultanément les bâtiments que nous avons énumérés plus haut; il

faudra, par conséquent, dans les premières années, conserver sous le même toit que celui de l'édifice scolaire, bien qu'en des divisions distinctes, les épileptiques et les idiots adolescents.

Ce mode d'assistance aura, en outre, un avantage incontestable. Les sociétés de bienfaisance s'y intéresseront, parce qu'il pourra être utile à une classe imposante d'indigents. L'Etat et la province y contribueront, parce que la combinaison proposée déchargera tout de suite les asiles d'aliénés en leur enlevant des pensionnaires dangereux et remuants.

A qui appartient-il de construire ces asiles?

Une expérience de plus de trente ans dans ces questions nous montre que c'est à l'Etat ou à la province, qui ont su se montrer si actifs en matière d'assistance des aliénés, qu'incombe l'assistance des idiots et des épileptiques. Ce ne peut être la charité privée qui dispose toujours, pour une si grosse affaire, de moyens insuffisants, et comme argent et comme organisation. De plus, la *direction doit y être médicale* comme elle l'est pour les asiles d'aliénés, sinon l'on se heurte à des questions religieuses, le plus souvent étroites, et à des individualités incompétentes, sinon réfractaires, malgré elles, à l'application de la science et de l'humanité bien entendue.

On a émis l'idée qu'il valait mieux ne pas placer un médecin à la tête de ce genre d'asiles, parce que les formes morbides à traiter participaient d'une identité presque complète. C'est aussi peu soutenable que pour les asiles d'aliénés. L'épilepsie masque autant de variétés pathologiques d'ordre psychique et physique que la pathologie mentale. Il suffit de l'observer quelque peu afin de s'en convaincre. Et quelle est la catégorie de perturbations thérapeutiques, médicamenteuses ou autres (hydroélectrothérapie, etc)., qui exige plus d'interventions? Et la pédagogie médicale? Et les modes d'enseignement professionnel, etc., etc.!

Puis, un établissement de ce genre reçoit bien d'autres névropathes. En neuf années, à Stetten, parmi les malades qui sont entrés dans la section d'épileptiques, il n'y a pas eu moins de 12 p. 100 d'individus non épileptiques. Combien d'hystériques? Combien de choréiques? Combien de jeunes gens affectés de manifestations psychiques? Combien de maladies organiques du système nerveux?

Faut-il mentionner maintenant la tâche psychiatrique? Tous ces malheureux présentent des anomalies intellectuelles et morales multiples, des accès de dépression ou de mauvaise humeur qu'il faut connaître et savoir manier. Il n'y a pas d'autre traitement à appliquer que le traitement médical, même quand, par euphémisme, on lui oppose la direction morale. Quel est le moralisateur non-médecin qui saura utiliser et développer les forces intellectuelles et physiques des malades sans les forcer? *Le médecin doit*

donc, comme pour les asiles d'aliénés, être le directeur de tous les agents qui s'occupent des épileptiques, aussi bien du pasteur et de l'instituteur que du personnel subalterne. La clinique et l'anatomie pathologique sont, comme chacun sait, les bases de toute la médecine, à quelque fonction ou à quelque faculté qu'elle s'applique.

M. Laehr étudie ce qui s'est fait jusqu'à ce jour en Prusse et en d'autres points de l'Allemagne. La charité privée, le pasteur de Bodelschwingh à Bielefeld, les sociétés particulières pour l'assistance des épileptiques. Il en tire qu'il est possible d'installer des établissements autonomes qui remplissent admirablement le but proposé.

On n'a malheureusement pas encore de statistiques permettant de savoir combien d'épileptiques on aura à hospitaliser dans telle ou telle région. Mais rien n'empêche d'adapter à 1.000 malades une organisation qui convient à 100 malades. La statistique du Brandebourg .et celle de Teltow n'ont fourni que des résultats défectueux; on y a tout au moins relevé des causes d'erreur qui pourront être à l'avenir évitées.

En tout cas, il appert qu'il faut construire des asiles spéciaux pour épileptiques. Mais il importe d'en exclure les épileptiques atteints de psychoses chroniques : ceux-là on les transférera dans les asiles d'aliénés ou dans les hospices, sinon, si le nombre en est suffisamment grand, dans des asiles exprès. On les disposera, comme les asiles d'aliénés, sauf à établir des divisions en rapport avec chaque catégorie. Un des pavillons sera consacré à l'éducation des enfants épileptiques, on groupera autour de celui-là les pavillons de ceux qui réclament des soins purement médicaux. Il vaudrait mieux que l'école fût autonome.

L'agencement, la disposition et l'aménagement de cet asile participeront de tous les bienfaits de l'hygiène. Il faudra pour cela considérer l'ensemble de l'établissement comme une sorte de maison de santé ouverte. Aussi reléguera-t-on en des bâtiments distincts et éloignés les idiots et les déments. L'école sera séparément ouverte aux enfants épileptiques et aux enfants idiots. Mais, grâce à la continuité des rapports de la section dite de traitement et de celle dite de maladies chroniques, il sera toujours aisé de classer, comme il convient, au temps et à l'heure, épileptiques simples, idiots ou déments.

Il ne faut pas oublier que l'épilepsie est une terrible maladie, à laquelle il faut constamment appliquer de nouveaux modificateurs thérapeutiques; par conséquent, le directeur doit forcément en être un médecin, c'est tout au plus si dans les sections de l'hospice on pourrait se contenter d'un administrateur. L'incurabilité est un mot que la science doit tenter de supprimer par tous les moyens possibles.

Conclusions :

1° Il convient, dans les régions où l'on veut préparer l'assistance des épileptiques, avant tout de dresser une statistique, en recensant ces malades d'après leur âge, leur sexe, leur état physique et mental, ainsi que d'après leurs moyens d'existence; — 2° Ceux qui doivent être assistés par un établissement spécial, et parmi eux, il faut compter les enfants astreints à l'enseignement scolaire, auront tout à gagner d'asiles autonomes les recevant volontairement, dont la direction incombe à un médecin; — 3° Les épileptiques affectés de vésanies chroniques seront mieux placés assurément dans les asiles d'aliénés ou dans les hospices d'incurables, mais on pourra aussi les interner dans les asiles autonomes entourés de terrains spacieux; — 4° On séparera autant que possible les idiots des enfants épileptiques, on n'en fera point l'enseignement ni l'éducation en commun; il vaudrait mieux réserver aux premiers des établissements séparés comme cela s'est fait jusqu'ici.

Discussion : M. Pelman déclare qu'il adopte désormais la suprématie de l'Etat en pareille occurrence ainsi que la direction médicale.

M. Zinn aîné. M. Wildermuth a donné la note exacte de l'assistance des épileptiques. Il ne peut y avoir de désaccord que sur des points d'une importance secondaire qui dépendent simplement de conditions purement locales. Les *asiles pour épileptiques doivent être installés par l'État, de même que les asiles d'aliénés, ils doivent être dirigés par des médecins et organisés comme ces derniers*, car les épileptiques sont des malades. L'an dernier, dans une conférence sur l'assistance spirituelle des aliénés a été émise la proposition suivante : « Que peut faire la charité chrétienne indépendante pour ceux des aliénés que les médecins abandonnent sans espoir? » Eh bien! nous n'abandonnons jamais un malade sans espoir. L'indigent le moins curable a besoin du discernement médical; il faut savoir, suivant son état morbide, lui dispenser les soins, l'alimentation, la vêture, et l'occuper. Le médecin seul est en mesure de l'assister en parfaite connaissance de cause, car lui seul possède les connaissances et l'expérience préalables. Seul il peut atténuer les souffrances de l'incurable, il peut rendre supportable sa situation et préserver son entourage des dangers qu'il lui fait courir préserver le malade de lui-même. Nous ne repoussons point la charité indépendante, nous en acceptons la collaboration et nous l'acceptons avec reconnaissance. Le pasteur de Bodelschwingh est plein de dévouement, de zèle et de persévérance, mais nous ne pouvons nous abstenir de diriger la charité chrétienne indépendante. C'est un moyen qui doit être mis au service d'une assistance rationnelle, et qui doit servir à faire accepter des malades le traitement et les soins matériels que la science et l'expérience nous indiquent. La charité est impuissante à nous éclairer sur la nature de ces maladies, elle ne peut donc les alléger ni les améliorer. Nous, au contraire, nous pouvons espérer, par les méthodes techniques que

seuls nous connaissons ou étudions, jeter quelque jour la lumière sur tels ou tels éléments morbides.

M. Siemens. Je partage complètement la manière de voir de M. Zinn. J'ajoute que les directeurs spirituels des asiles d'épileptiques affectent maintenant des allures aggressives à notre égard. Il est démontré aujourd'hui qu'ils voudraient éliminer complètement les médecins des asiles en question. On les tolère, on les laisse parfois contre son gré venir chaque semaine s'immiscer dans la distribution intérieure des médicaments et des objets de première nécessité. On permet aux diaconesses, d'administrer des médicaments (K Br. par exemple), d'appliquer des moyens chirurgicaux; ces dames soignent, et le médecin devient pour elles un être superflu dans le traitement spécial des accidents psychopathologiques. Il y a plus fort que cela; j'affirme avoir vu un directeur spirituel d'un asile de ce genre, s'être fait commissionner par un tribunal comme spécialiste. Il s'agissait d'interdire un épileptique. Il a rédigé un rapport. Il y expose, avant d'entrer en matière, qu'il est en mesure d'éclairer les magistrats sur l'état mental de ces malades. Le rapport fait par lui arriva au collège des médecins à fin de revision technique, et c'est moi qui fus chargé d'en référer à M. le Ministre. Faisons donc bonne garde. Les prêtres visent aussi les asiles d'aliénés. Veillons sur un terrain qui nous appartient légitimement.

M. Jolly. Ce qui me sépare de M. le rapporteur ce n'est qu'un ensemble de détails qui dépendent de distinctions locales. Ainsi, dans les petits Etats, quand il s'agit de sociétés ou de bureaux de bienfaisance peu fortunés, on pourrait interner les épileptiques indigents avec d'autres incurables dans les asiles d'infirmes. Les malades qui n'ont besoin que d'une hospitalisation passagère peuvent être reçus dans des quartiers séparés, ainsi dans les quartiers d'aliénés des hôpitaux des villes. Quoi qu'il en soit, l'épileptique est un malade, c'est du médecin qu'il a besoin.

M. Schœfer. La Saxe a le mérite d'avoir frayé le chemin en matière d'assistance des épileptiques et des idiots. On a d'abord recensé en haut lieu (*Kœnigliches Oberprœsidium*) le nombre des épileptiques et des idiots qui avaient, dans la population de la province, besoin d'assistance. La proportion trouvée a été de 0,462 p. 1,000. Puis le *Landes director* a recommencé le recensement, il a trouvé 0,737 p. 1,000. Le nombre total des épileptiques et des idiots de la province est monté dans les deux opérations à 1,118 p. 1,000 — et 1,609 p. 1,000. MM. les pasteurs s'immiscent ainsi dans les affaires médicales parce qu'ils prétendent que dans les asiles conduits par des médecins leurs coudées ne sont pas franches; on entrave, disent-ils, leur ministère. Ceci est tout à fait erroné.

M. Pœtz. Le conseil provincial de la province de Saxe se propose,

sauf décisions ultérieures, de construire un asile pour six cents épileptiques et idiots, qui, en même temps, recevra, autant que possible, les aliénés, atteints d'épilepsie chronique, des asiles provinciaux existants. La Société adopte à l'unanimité la motion suivante :

La Société des aliénistes allemands est d'avis que les asiles pour épileptiques doivent, dans l'intérêt de l'humanité et de la science, être, de même que les asiles d'aliénés, dirigés par des médecins; ils seront organisés comme ces derniers.

Etat actuel de la question de l'aphasie. MM. Mœli et Wernicke, rapporteurs. — Il est avant tout entendu que le mémoire de M. Sommer sera lu après ces rapports, avant qu'on n'entame la discussion.

M. Mœli rappelle les recherches de Fristsch et Hitzig, les travaux de Wernicke, Kussmaul, Lichtheim, Grashey, enfin le schéma de Wernicke qui a soulevé bien des objections au point de vue et de la division et des termes proposés [1].

Pour M. Mœli le mécanisme de la parole ou la formation du mot suppose une première distinction fondamentale. Il ne faut pas confondre la parole parlée avec la parole écrite. En second lieu, les éléments qui sont en rapport avec le son des mots entrent également en jeu dans les mouvements que ceux-ci nécessitent. De là des dessins schématiques qui représentent, d'après l'orateur, des unités physiologiques cohérentes, sans qu'il faille en conclure que ces fonctions se transmettent à certaines parties déterminées du cerveau. Aussi M. Mœli se contente-t-il d'étiqueter ces dessins sous des dénominations qui n'ont rien d'anatomique. Il se borne à parler de perturbations dans le son et dans le mouvement des mots. S'il y a une interruption partielle ou complète dans les tractus qui vont au champ du son du mot ou qui en viennent, peu importe ; l'auteur s'exprimera invariablement ainsi : Il y a trouble dans la notion du son du mot.

On apprend, d'après lui, à se servir d'un mot en exerçant un contrôle continuel à l'aide de l'oreille et en comparant l'image du son du mot à l'idée qu'il représente. On apprend à lire en unissant à des mots déjà connus, représentés par des lettres, des lettres que l'on vient d'apprendre. La parole écrite (le langage des lettres) dépend de l'intégrité des trois éléments qui concourent à l'épellation (élément imagé, élément sonore, élément moteur). Si la fonction ou le champ fonctionnel qui commande au son du mot ou au mouvement du mot, est entravée, il se produit de l'alexie et de l'agraphie.

L'acte de la parole et de la répétition des mots, celui qui préside à l'intelligence de la parole et de l'écriture, constituent des fonc-

[1] On trouvera ces travaux dans les *Archives de Neurologie.*

tions tout à fait différentes de l'organisme, et, par suite, ne sont pas uniformément atteints. Celles qui nécessitent de la peine, par exemple le travail de la composition des mots par des lettres, sont le plus tôt altérées. De là, par exemple, la dyslexie. Les connexions, ou transmissions les plus perméables entretiennent certains rouages; ou, si l'on préfère, ceux-ci gardent leur constitution grâce à la sollicitation continue de la valeur de l'incitation. Mais les sollicitations provoquées par les processus internes ou externes n'ont pas une activité égale. Elles peuvent s'additionner en une incitation totale, c'est ainsi que l'exercice détermine l'arrivée à la connaissance des dénominations par la simple vue de l'image écrite et qu'on arrive à lire des caractères écrits en appelant à son aide l'image des mouvements que nécessite l'écriture de ces caractères, en s'en représentant l'exécution graphique.

A l'origine, l'enfantement d'un mot fait courir une incitation du champ de l'idée ou de la notion que ce mot représente au champ du son qui lui correspond; puis, par l'habitude, ces deux champs sont intimement liés. La paraphasie est, à cet égard, particulièrement intéressante. On ne saurait méconnaître que, lorsque la fonction du son correspondant à un mot est troublée, il n'existe en même temps un trouble très accentué des mouvements nécessaires à l'émission du même mot, de sorte que ce dernier contribue à la suppression presque complète de l'image du mot. Dans l'espèce donc, le trouble du champ moteur, et par suite de l'expression, dépend de l'altération de l'activité de l'élément sensoriel; si bien qu'il est impossible de déterminer les limites qui séparent l'aphasie motrice de l'aphasie sensorielle.

Il est impossible, pour la plupart des hommes, de saisir, dans le domaine de la perception consciente, l'indépendance des images représentatives qui correspondent aux mouvements en rapport avec la formation du mot, d'établir que ces images sont indépendantes des sons des mêmes mots. La cause en est probablement à l'association qui s'est produite à l'origine entre l'image du son et l'image du mouvement de l'émission. Mais il se peut que, sous des influences pathologiques, les images motrices représentatives soient exagérées du fait de certaines hallucinations. Quoi qu'il en soit, l'activité de l'image sonore des mots est la plus importante; les troubles en retentissent nettement non seulement sur l'intelligence du mot et de l'écriture, mais sur l'expression, l'émission du mot parlé et du mot syllabé. Le mécanisme de la vie conceptuelle doit aussi être touché par la lacune sensorielle en question. Elle doit apporter un grand trouble dans la précision de la pensée de l'individu, pensée qui exige l'exercice de la parole intérieure et ne se fixe que par son incarnation dans les mots. Il est donc légitime de se représenter la fonction du son des mots comme le rouage central, le foyer de l'appareil verbal.

M. Wernicke n'a rien à ajouter pour le moment.

M. Sommer. *La théorie des localisations suffit-elle à expliquer les troubles de la parole jusqu'alors observés?* — Tout récemment, confiant dans l'exactitude des schémas localisateurs, on a opéré des aliénés. M. Baukhard[1] a, chez des hallucinés, enlevé des morceaux de circonvolution dans les zones de Wernicke et de Broca; il a aussi tenté de rompre le charme de conceptions associatives en creusant des tranchées dans le cerveau.

Or, d'après M. Sommer, il est à peu près impossible d'expliquer certains cas de troubles de la parole par les divers schémas en question. Prenant le fait qu'il a lui-même décrit dans le *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane*, t. II, p. 144 à 163., il fait remarquer que c'est le même que Grashey a essayé d'expliquer en 1885 (*Ueber aphasie und ihre Beziehung zur Wahrnehmung*). au moyen de la théorie de la lecture et de l'écriture par l'épellation. Aujourd'hui, cette théorie est insuffisante, au même titre que la doctrine des centres de la parole, pour expliquer ce fait. On a recherché, chez le malade en question, l'association, la combinaison des idées et des notions, et ces nouvelles recherches contredisent à l'existence d'un centre des idées. C'est un postulatum à rayer, de même qu'il a fallu rayer l'hypothèse d'un organe psychique d'association.

Conclusion :

1° Les schémas qui ont actuellement cours sur les centres de la parole ne suffisent plus à expliquer tous les faits décrits jusqu'ici de troubles de la parole; — 2° A mesure que s'enrichit le matériel d'observations, le nombre des centres et des fibres conductrices que l'on forge augmente également; — 3° Dans les publications sur les troubles de la parole, il faut s'attacher surtout à les décrire, non pas à les expliquer; — 4° Les déductions psycho-anatomiques et les hypothèses *à priori* s'embrouillent principalement quand on considère un centre d'idées, et les contradictions sont telles qu'il faut se montrer d'une extrême prudence dans l'analyse des troubles de la parole à la lumière de ces postulata; — 5° Le principal mérite des schémas dressés sur le mécanisme de la parole est de former un point de repère pour l'examen des troubles de la parole; — 6° Il est à souhaiter de trouver un schéma psychologique beaucoup plus compréhensif que les schémas des centres de la parole comme conducteur dans l'examen des symptômes en question; — 7° Il convient de s'efforcer d'introduire dans l'examen des troubles de la parole, surtout quand il s'agit d'un ralentissement dans la formation des mots, les méthodes de mensuration de la psychophysique qui concernent le temps employé à l'exécution d'un travail mental; — 8° A l'exemple de Grashey, qui a observé par les nouveaux procédés les troubles de la parole, il faut tenir compte de la succession des phénomènes que comporte la fonction et leur décours dans le temps; — 9° Le diagnostic local des lésions cérébrales est, en temps que science des faits, tout à fait indépendant

[1] Voyez *Archives de Neurologie*.

des théories établies pour expliquer les faits en question; — 10° Les opérations entreprises sur le cerveau des aliénés et en particulier chez des hallucinés, sont dépourvues de base scientifique précise; il faut les abandonner, d'autant plus que les résultats jusqu'à ce jour obtenus sont négatifs, totalement négatifs.

Discussion : M. Grashey. Le cas d'aphasie que j'ai décrit il y a six ans, j'ai tenté de le rattacher à un trouble de la mémoire : le même malade a été examiné, six ans plus tard, par M. Sommer, et il trouve que les symptômes actuels ne sauraient être rattachés à un trouble de la mémoire encore existant, sans cependant pour cela qu'il veuille douter de mon explication de jadis. Il serait léger de ma part de changer ce que j'ai dit il y a six ans après un nouvel examen du malade. Je n'oserais non plus tirer, de ce que j'ai vu il y a six ans, une conclusion conforme aux vues de M. Sommer. Je rappellerai seulement, pour ceux qui pourraient douter des relations que j'ai établies entre le trouble de la parole et le trouble de la mémoire, qu'à cette époque j'ai nettement mis en évidence expérimentalement que le malade avait passagèrement recouvré la mémoire et, qu'en même temps que cette amélioration, il avait recouvré la parole. J'ajouterai que l'impotence totale du malade qu'a produite M. Sommer n'est pas aussi pure qu'elle le paraît. Il force le patient à tenir la langue tirée hors de la bouche, mais ne se peut-il pas que cet effort qu'on lui impose, influence les troubles de la parole. Il est bien des malades chez lesquels on constate l'incapacité d'exécuter un mouvement simple quand ils en ont simultanément un autre à effectuer.

M. Wernicke. M. Sommer prétend qu'il est nécessaire d'admettre de nouveaux tractus et de nouveaux centres pour expliquer de nouveaux cas d'aphasie. Evidemment, il en a imaginé de nouveaux à l'appui de son observation, mais sont-ils exacts?

En second lieu, ce serait là le second cas d'aphasie de Grashey qui existe dans la science, s'il ne concernait le même malade sur lequel Grashey a fait ses belles recherches. C'est donc un cas unique, une merveille, et cette merveille est tellement extraordinaire que, six ans plus tard, les ingénieuses explications de M. Grashey sont impuissantes à en rendre compte. Or, entre un trouble de la mémoire si prodigieux et l'aphasie de Grashey, il n'y a pas de rapport qu'explique une loi. Et cette exception unique, c'est sur elle que se base M. Sommer pour battre en brèche la théorie des localisations, en ce qu'elle touche à l'aphasie, alors que des milliers de cas ont servi à l'établir. Autant vaut la nier sous prétexte qu'on peut devenir aphasique à la suite d'une frayeur ou sous l'influence d'un ver intestinal. Ce sont là des troubles fonctionnels localisables, mais non localisés.

La conductibilité des tractus d'association présente bien évidemment des variétés suivant leur mode d'utilisation dans telle ou telle

direction. Voici un objet qui frappe mes regards, je sais ce que c'est, j'en ai l'idée, la notion précise, je puis le décrire exactement, et cependant son nom m'échappe. On me le nomme et son image se dessine nettement dans ma connaissance. Quand vous parlez une langue étrangère qui ne vous est pas habituelle, ne la comprenez-vous pas souvent sans difficulté, alors qu'il vous arrive de ne pouvoir trouver les sons, c'est-à-dire les images sonores, à l'aide desquelles il vous faut vous exprimer. Ce sont indubitablement des exemples de légers accrocs sur des tractus déterminés suivant les directions de la conductibilité mise en jeu; il semble qu'il faille raccorder tels ou tels postes par tels ou tels fils nerveux.

M. Grashey. M. Wernicke a trouvé la solution. Il est impossible à tel individu momentanément de se servir d'un tractus conducteur en deux directions opposées. Chez mon malade, cette incapacité est plus accentuée. On vous dit le mot qui vous échappe et vous éprouvez une difficulté momentanée à faire fonctionner vos fils de raccord sur-le-champ suivant le sens qui vous est nécessaire. A mon malade, on a beau répéter à satiété le mot qui lui manque, c'est peine perdue, les tractus conducteurs dans le sens qui lui est nécessaire ne marchent point.

Utilisation thérapeutique de l'hypnotisme dans les asiles d'aliénés. M. Binswanger, rapporteur. — C'est au psychiatre qu'il appartient de dissiper les voiles mystiques qui entourent encore l'hypnotisme, et de l'expérimenter au point de vue positif chez les aliénés. Mais il convient d'être extrêmement prudent et quant au choix des sujets à soumettre à ces expériences et quant à la manière de procéder, afin d'éviter des épidémies dans l'établissement.

Nous connaissons tous les travaux de Heidenhain, Gruetzner, Charcot, Bernheim, Forel et Binswanger. Par suite, l'importance de l'hypnotisme est indéniable au double point de vue de modificateur et d'analyseur des fonctions du système nerveux. Je ne doute pas, pour ma part, que les vieux moyens hypnogènes d'ordre physique ne puissent provoquer l'hypnotisme sans aucune suggestion; par conséquent, la théorie moderne de Bernheim, Forel et autres, est, à mon avis, trop absolue. Toutefois, il faut préférer la méthode suggestive pour l'étude psychologique de l'hypnotisme, parce qu'elle donne à l'expérimentateur le moyen de rester maître de l'action qu'il produit, de la graduer, de la diriger dans tel ou tel sens à son gré. Dans ces conditions, après avoir nettement précisé les éléments de l'expérience, on pourra tirer des résultats obtenus des conclusions déterminées sur les phénomènes psychiques que l'hypnotisme aura provoqués. Prenons un exemple, celui des hallucinations négatives ou cet état si spécial des fous systématiques envahis par des conceptions délirantes de nature hypochondriaque. De même que le patient en question, obéissant, à son insu,

à son délire pathologique, croit que certaines parties de son corps sont transformées, ou anéanties et assure que l'organe malade modifie ou supprime toutes les sensations en rapport avec lui, de même nous pouvons, chez la personne hypnotisée, supprimer artificiellement les phénomènes moteurs, sensibles ou autres. Il nous est, d'autre part, possible, ainsi que l'a montré Charles Richet, de suggérer une idée délirante à un sujet, de lui faire croire qu'il change de personnalité, qu'il devient un animal. Néanmoins, n'oublions point que la puissance de l'expérimentateur a des limites, dans l'immense majorité des cas, parce que les conceptions suggérées agissent sur l'association des idées en vertu de rouages autonomes sur lesquelles vous ne pouvez rien. Il se produit ainsi des conceptions inhibitrices qui paralysent l'influence de la suggestion, ou bien des conceptions suggérées provoquent un travail d'assimilation, de digestion psychique qui aboutit, malgré vous, à d'autres complexus conceptuels, à des actes volontaires qui, tout se se rapprochant dans leur contexte des conceptions originellement suggérées, modifient l'automatisme du sujet. Telle cette aliénée hystérique à laquelle, pendant le sommeil hypnotique, on suggère de dormir une heure, et, à son réveil, de demander à l'infirmière une feuille de papier à lettre. Elle dort réellement une heure et, quelque temps après son réveil, « ne pourrais-je pas écrire une lettre », dit-elle. On lui demande pourquoi elle parle ainsi; elle est incapable de trouver d'explication. Il y a donc une différence entre l'exécution et la conception suggérée.

L'infection hypnotique, ou infection psychique de l'hypnotisme, utilisée par Bernheim, Wetterstrand, Forel, a réussi chez nous au delà de toute espérance, si bien que les sujets s'hypnotisaient les uns les autres par un regard, un geste même et que, parmi le personnel, quelques individualités jouissant d'une prédisposition spéciale, faisaient chorus avec les malades. Il en était résulté bien des inconvénients. Les plus minimes occasions, un mot, un simple geste engendraient une crise de sommeil prolongé; l'hypnotisme spontané éclatait par voie d'auto-suggestion voulue ou accidentelle; le personnel devenait ainsi incapable de faire un bon service. Sans doute, depuis, M. Forel a eu l'ingéniosité d'appliquer cette suggestibilité du personnel à stimuler son zèle. Mais je répugnerais à ces procédés pour des motifs que l'on comprendra plus loin.

La thérapeutique suggestive, au sens de l'école de Nancy, n'a jusqu'ici produit aucun résultat chez la pluralité des aliénés. Elle offre également bien des dangers; en prolongeant notamment les expériences hypnotiques chez certains malades on peut exagérer, les phénomènes morbides existants. Forel a insisté sur ce point. De même van Eeden et van Reuterghem. A côté de cela, M. A. Voisin s'en loue. Depuis 1880, il traite des aliénés de son service par l'hypnotisme dans le sens le plus large du mot. Evidemment pen-

dant dix ans il a traité plusieurs centaines d'aliénés, et, ainsi qu'il l'expose lui-même, en se donnant un mal énorme pour les endormir, en infligeant aux patients un tourment très grand. Or, en 1889, il arrive au chiffre de vingt-six cas positifs. L'examen des diagnostics formulés nous permet de penser qu'il s'agissait simplement de vésanies aiguës dans quinze de ces observations. M. Forel croit que ces malades étaient hystériques pour la plupart. M. Burckhardt, en 1888, publia quatorze exemples favorables à l'hypnotisme envisagé comme agent thérapeutique. Or les observations 5, 12, 13, 14 ont trait à des alcooliques; en pareil cas, comme l'indique l'auteur, le traitement de l'asile suffit. Les observations 8, 9, 10 concernent des hystériques adonnées à la morphine et au chloral; une seule était aisément hypnotisable. M. Burckhard se garde d'indications exactes sur la statistique et le rapport des insuccès aux succès. Au Congrès de l'hypnotisme de 1889, M. Briand conclut qu'il n'a pu réussir à endormir d'aliénés indemnes d'hystérie et que, lorsqu'il a cru avoir réussi, il s'est assuré qu'il avait eu affaire à des simulatrices.

Après avoir critiqué les mémoires de Bérillon et Velander, l'auteur examine l'influence de l'hypnotisme en tant que thérapeutique suggestive sur la dipsomanie et l'inversion du sens génital. Il admet que l'hypnotisme puisse exercer une influence heureuse sur certaines tendances, certaines habitudes acquises n'ayant que des rapports passagers et, en tout cas, peu intimes avec une constitution psychique ou morale congénitale. Mais, dit-il, quand c'est le terrain mental, l'organisation cérébrale du sujet qui produit ces tendances vicieuses ou morbides, ou encore des anomalies du caractère, je ne crois pas que l'hypnotisme puisse bouleverser pour toujours un tel édifice.

Ces réflexions s'appliquent termes pour termes à la dégénérescence morale des enfants tarés. Si les accidents psychopathiques se montrent isolés et, pour ainsi parler, à l'état épisodique, indépendants d'un trouble profond de la personnalité, sans doute il est admissible de suggérer à ces malheureux un changement de mœurs. Sinon non. C'est la même histoire physiologique que celle des obsédés, des impulsifs. Mais encore faut-il que les individus soient hypnotisables ou suggestibles. En ce qui me concerne, je n'ai pas été favorisé.

Il n'est pas mauvais au surplus de répéter quant à l'aliénation mentale, qu'abstraction faite de quelques observations isolées de mélancolie simple, l'immense majorité des succès a porté sur des aliénés hystériques. C'est ce qu'il ne faut jamais perdre de vue en tout état de cause et de maladie. Il convient en outre de se répéter que les procédés thérapeutiques de l'hypnotisme sont loin d'être inoffensifs; on ne les mettra donc en vigueur que dans des cas qui, à raison de la gravité des accidents morbides et de l'insuccès des

autres méthodes de traitement, justifient de pareilles tentatives. En revanche, il est des malades qui, de par les phénomènes pathologiques eux-mêmes, constituent de véritables sujets à hypnotiser; chez eux le terrain est tout préparé pour les expériences en question et la suggestion thérapeutique dès lors tout à fait anodines. C'est ce qui arrive pour un grand nombre d'hystériques. Toutes les fois qu'on rencontre chez un aliéné ou un déséquilibré quelconque un des éléments morbides qui confinent à ceux de l'hystérie ou qui en représentent le stigmate, il y a lieu d'agir sur lui par l'hypnotisme et la thérapeutique suggestive.

M. de Krafft-Ebing. — Il est tout naturel que chez les psychopathes on essaie la thérapeutique psychique. Elle peut agir de deux manières sur les phénomènes matériels qui président aux anomalies psychiques. 1° Indirectement : l'individu sur lequel on agit, modifié dans son humeur, ses sentiments, ses manières de voir, ses aspirations, voit, sous ces influences, sa circulation, sa digestion, son sommeil se modifier. — 2° Directement : les conceptions de l'individu lui-même agissent sur sa vie matérielle ; c'est l'autosuggestivité du système nerveux par l'idéation ; la thérapeutique suggestive a ici pour devoir de combattre ces facteurs nuisibles en agissant par la suggestion étrangère. Mais, voilà qui est particulier, en vain vous appellerez le raisonnement à votre aide, vous n'obtiendrez rien ; il vous faut mettre en œuvre une série de procédés afin d'engendrer des phénomènes psycho-physiologiques eux-mêmes étranges. Le psychiatre est alors de rigueur.

Voici, par exemple, un individu qui est atteint de paralysie psychique. Il ne peut se servir de son bras légèrement contusionné dans un accident de chemin de fer. Il n'est en réalité pas le moins du monde paralysé, il s'imagine qu'il est paralysé, car les désordres chirurgicaux sont bien moins graves que le trouble fonctionnel. C'est à coup sûr l'idée de la paralysie qui a provoqué la paralysie. Pourquoi ? Parce que, à raison d'une prédisposition préexistante ou de par le fait du choc traumatique, le système nerveux central a subi une modification psycho-physique d'ordre moléculaire. En d'autres termes, la paralysie psychique n'est qu'un symptôme d'une névrose générale (traumatique). Ce qui n'empêche qu'elle est tangible, somatique. L'attention que le malade a, à la suite du traumatisme, accordée à son membre blessé, l'émotion exagérée avec les préoccupations bien naturelles que l'accident a provoquées, se sont imprimées dans la conscience du patient, et ont produit cette idée fixe qu'il allait être paralysé, l'idée a arrêté les fonctions du centre cortical du bras ; la sensibilité cutanée, les muscles et les articulations ont cessé de fonctionner. A cette torpeur effective des centres corticomoteurs, peut s'ajouter l'arrêt de l'idéation du mouvement, le cerveau ne se représentant plus le quantum et le quomodo de la motilité ; la transmission centripète et centri-

fuge des impulsions aux mouvements ne se fait plus. Bien plus, le territoire paralysé peut devenir le siège de troubles de la circulation (anémie), de la tonicité musculaire, d'exagération des réflexes.

Eh bien! cette paralysie peut guérir spontanément par l'expectation. L'idée fixe s'affaiblit avec le temps, tandis que l'excitabilité, l'excès d'impressionnabilité du système nerveux rétrocèdent. Cette action favorable sera aidée par l'influence dérivative d'autres idées qui impressionnent vivement l'affectivité et l'intelligence, ou qui provoquent dans l'écorce la disparition de cet arrêt; ainsi, le malade se croit-il exposé à un nouveau danger, vite, il oublie la paralysie de son bras et celui-ci reprend ses fonctions. On peut obtenir cet effet par suggestion médicale, suggestion religieuse, suggestion thérapeutique quelconque (massage, électrisation). Mais la suggestion hypnotique est un agent précieux et des plus actifs.

L'hypnotisme sert à renforcer la suggestion. L'action de celle-ci dépend, pour une bonne part, de la profondeur de l'état hypnotique, mais l'hypnotisabilité et la suggestibilité sont deux phénomènes qui ne marchent pas parallèlement. Il faut faire entrer en ligne de compte la personnalité du patient (les individus instables, mobiles, superficiels, sont difficilement suggestibles), l'autorité du médecin, la netteté dans la formule impérative. Aussi faut-il être un praticien consommé en matière de psychiatrie et de neuropathologie, faut-il connaître à fond les particularités du sujet à traiter, pour faire de la thérapeutique suggestive. Il convient, au point de vue technique, de prolonger la durée de la suggestion.

En général on peut dire que l'on peut guérir par la suggestion, à supposer bien entendu que le sujet soit hypnotisable, toutes les fois qu'on a affaire à une maladie purement fonctionnelle. La suggestion hypnotique est, d'après mon expérience personnelle, inoffensive, quand elle est pratiquée par un spécialiste compétent et accommodée aux circonstances du cas individuel. Qu'on s'en serve chez les psychopathes, cela est tout indiqué.

Quel modificateur thérapeutique pourrait être comparé à celui-là, s'il arrivait à débarrasser les aliénés de leurs sensations, sentiments, impulsions, conceptions anormaux. Mais mes doutes à cet égard sont permis :

1° Parce que les aliénés sont exceptionnellement en possession de l'attention, de l'égalité d'humeur, du calme moral, de la bienveillance, de la force de volonté qui sont les conditions primordiales à la réussite de l'hypnotisme;

2° Parce que bien des affections psychiques tiennent à des altérations organiques du cerveau et que le traitement par la suggestion ne peut guérir que des troubles fonctionnels;

3° Parce que certains symptômes, telles les idées délirantes et

les hallucinations, tout en n'étant pas la conséquence sûre d'altérations organiques, sont cependant des phénomènes si compliqués, si intimement soudés au mécanisme des rouages psychiques, qu'ils ne paraissent guère attaquables par la suggestion, et qu'il est du reste difficile de formuler les interpellations impératives à adresser au malade suggéré pour faire cesser ces accidents.

La théorie permet donc de ne fonder d'espérances, en ce qui a trait à la thérapeutique suggestive de l'hypnotisme, que sur les psychoses fonctionnelles, et, à proprement parler, sur les malades qui ont conscience de leur état morbide, qui témoignent d'un idiosyncrasie psychologique à l'égard de l'hypnotisme. Tels sont ceux qui présentent des perturbations simples de la vie affective; des troubles morphologiques de l'idéation, notamment des obsessions; des idées délirantes d'origine autosuggestive et non point des délires primordiaux ni des idées fausses, d'ordre mélancolique, appliquées à un raisonnement systématique: des impulsions morbides acquises. En d'autres termes, c'est : la mélancolie sans délire — le groupe de neuropsychoses telles que l'hystérie, l'hypochondrie, la neurasthénie, la folie obsédante — l'alcoolisme — le morphinisme — le cocaïnisme — la masturbation — l'inversion acquise du sens génital.

Les faits qui ont été publiés jusqu'ici donnent en partie raison à la théorie; ils lui seraient même, pour une part, plus favorables que le raisonnement *a priori*.

Mon expérience personnelle est modeste, car j'ai, jusqu'à présent peu employé l'hypnotisme, je ne l'ai employé qu'en cas de nécessité, sans avoir grande confiance en lui. En plusieurs cas de mélancolie simple, de folie alcoolique et hystérique, de folie du doute, de morphinisme; dans l'inversion du sens génital, qu'il s'agisse d'anomalies congénitales ou acquises. J'ai obtenu tantôt des guérisons, tantôt une amélioration considérable. Une critique des cas publiés serait trop défectueuse et, en bien des points, passible d'objections. On a, somme toute, peine à se défendre de l'impression que la thérapeutique hypnotique par suggestion n'est pas sans valeur pour maintes psychoses et qu'elle donne parfois des résultats tout à fait inattendus, voire des résultats durables. Généralement les résultats sont en conformité avec les prémisses théoriques : seuls les psychopathes lucides, bienveillants, présentant une tendance naturelle à subir l'influence de l'hypnotisme, et n'ayant qu'une vésanie récente et légère, sont susceptibles d'être ainsi traités. Il est essentiel de formuler avec précision le texte de la suggestion, or, c'est très difficile parce qu'on connaît mal la pathogénie et l'enchaînement des phénomènes morbides.

Il paraît possible, d'après mon expérience et celle des auteurs, de changer par la suggestion la couleur de l'humeur, la façon de sentir et l'affectivité, la sensibilité morale et intellectuelle, les

penchants, les idées et d'obtenir la disparition des hallucinations sensorielles elles-mêmes, ou du moins d'exercer sur elles une influence favorable, il paraît également possible de faire cesser des perturbations physiques, comme l'agrypnie, l'anorexie, la constipation, les névralgies. Voilà un nouveau champ d'études et d'expériences bien vaste ouvert à la psychiatrie !

On a traité : la mélancolie sans délire — le délire général des alcooliques et des hystériques — les psychopathies hystériques — les intoxications chroniques, surtout l'alcoolisme et le morphinisme. Les résultats les plus remarquables ont été obtenus dans la dipsomanie, et l'inversion du sens génital ; ajoutons-y la folie du doute. Il est indiqué d'agir par la suggestion contre toutes les anomalies de l'humeur et de l'affectivité, les sensations d'angoisse, les impulsions pathologiques, sexuelles ou alcooliques ; dans le sevrage de la morphine et de la cocaïne. Elle ferait céder des habitudes vicieuses telles que l'onanisme et viendrait à la rescousse dans les troubles de l'idéation et de la volition.

Quant aux délires et aux hallucinations, on voudra bien nous accorder qu'il ne s'agissait que des perturbations intellectuelles des vésanies toxiques et hystériques. Les idées délirantes systématiques, organisées, cristallisées de la paranoïa et de la mélancolie ne sauraient céder.

MM. Krœmer et Siemens se plaignent de ce qu'on a appliqué aux directeurs-médecins des asiles d'aliénés de la Prusse, le décret ministériel des 19 et 23 septembre 1888, enlevant aux médecins ordinaires le droit de rédiger les certificats propres à l'obtention des permis de circulation des cadavres. Ce droit a été rendu aux médecins en chef des lazarets militaires et aux directeurs des cliniques universitaires (arrêtés des 11 octobre 1889 et 7 février 1890). Pourquoi ne le rendrait-on pas aux directeurs-médecins ?

Les directeurs-médecins des asiles provinciaux d'aliénés de la Prusse sont unanimes à le réclamer, moins M. Pœtz (Alt-Scherbitz), car, après comme avant, il a pu établir ses pièces et les faire accepter, sans le concours de *Kreis hysikus*.

Discussion : M. Zinn aîné. C'est de toute justice, car il se peut que le *Kreis hysikus* n'habite pas l'endroit même de l'asile d'aliénés. Il faut aller chercher le *Wundarzt*, qui le remplace en un troisième endroit, de là des dépenses, et une perte de temps souvent énorme, surtout si, comme cela arrive, on ne trouve pas chez lui le médecin-assermenté-fonctionnaire. Ce qui lèse les intérêts des familles riches et le plus souvent pauvres, qui veulent faire transporter près d'elles les dépouilles mortelles de leurs parents. Cette considération est à inscrire dans la pétition au ministre. *Adopté.* (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 4.) P. Keraval.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS NEUROLOGISTES ET ALIÉNISTES DE MOSCOU.

Séance du 20 Septembre 1891.

1. M. le Dr Darkchewitch. *Une observation de poliomyélite chronique.* — Le malade a quarante ans. Atrophie musculaire et faiblesse des membres supérieurs du cou, du dos et en partie des membres inférieurs à évolution progressive. Réaction partielle de dégénérescence. Aucun phénomène de rigidité. Réflexes tendineux des membres supérieurs absents, réflexes rotuliens présents et normaux. Rien à noter du côté des organes du bassin.

Aucun phénomène bulbaire. A la fin de la deuxième année de maladie, mort par paralysie de diaphragme. Examen microscopique : substance grise : diminution et atrophie des cellules ganglionnaires des cornes antérieures des parties cervicale et thoracique, augmentation en nombre des cellules araignées de Deiters, hémorrhagies capillaires notables. Substance blanche : atrophie très nette des fibres de la partie fondamentale des cordons antérolatéraux (zones radiculaires antérieures d'après M. Charcot) dans le voisinage immédiat de la corne antérieure; une certaine raréfication des fibres des cordons latéraux et postérieurs ; les cordons de Turck sont intacts. Les racines antérieures sont nettement atrophiées, mais le nombre des fibres restées intactes est beaucoup plus considérable relativement à celui des cellules restées intactes dans les cornes antérieures.

Le rapporteur considère son observation comme une poliomyélite chronique et insiste sur la nécessité de différencier nettement la poliomyélite de la sclérose amyotrophique. L'atrophie partielle des fibres des cordons latéraux ne suffit pas pour invalider le diagnostic de poliomyélite, cette atrophie n'impliquant pas nécessairement une atrophie des faisceaux *pyramidaux*. Or, une lésion de ceux-ci est la *conditio sine qua non* de la sclérose amyotrophique. Quant au défaut de parallélisme entre l'atrophie des fibres des racines antérieures et celle des cellules des cornes antérieures, il faut en conclure que les racines antérieures proviennent non seulement de ces cellules, et il faut croire qu'en second lieu, ce sont encore les cellules de la base de la corne postérieure qui leur donnent naissance.

Discussion : M. le Dr Roth trouve une certaine analogie entre cette observation et les cas d'Oppenheim et de Nonne. Il est possible que les cas de ce genre formeront un groupe morbide à part

quand les observations seront recueillies en plus grand nombre et quand il sera possible de constater leur différence nette de la sclérose latérale amyotrophique. En outre, il lui paraît douteux que les fibres des racines antérieures ayant la même valeur fonctionnelle puissent avoir une provenance différente.

M. le professeur Kojewnikoff, en considération des données de l'examen microscopique, serait plutôt d'avis qu'il s'agit ici d'une poliomyélite.

2. M. le Dr Minar. *Contribution à la statistique des rapports entre la syphilis et le tabes.* — La nouvelle statistique de l'auteur comprenant ses observations des dernières années vient à l'appui des appréciations statistiques sur les rapports du tabès et de la syphilis qu'il avait fait il y a quelques années. Parmi les malades venus à la consultation de l'auteur en 1889, la syphilis chez les hommes russes était quatre fois et chez les femmes russes neuf fois plus fréquente que chez les hommes et femmes juifs. Pareillement, le tabès et la paralysie générale étaient plus féquents dans la même proportion chez les Russes comparativement aux juifs. Il serait très curieux de faire une enquête si les chancres indurés et les accidents secondaires se soient jamais observés chez un tabétique. Cette enquête pourrait aider à élucider la question des rapports entre la syphilis et le tabès, autant que la méthode de la comparaison sous ce rapport de diverses nationalités employée par l'auteur.

A la discussion ont pris part, le professeur Kojewnikoff et le Dr Bajénoff qui invoque pour la production de la paralysie générale la concomittance de trois causes : syphilis, hérédité morbide et certaines conditions de vie dans les villes (surmenage cérébral, manque de travail manuel au grand air, etc.). Chez les paysans russes, la vérole est très fréquente et la paralysie générale est très rare.

Séance du 15 novembre 1891.

M. le professeur Bobrow. *Epilepsie traumatique. Obturation ostéoplastique de défaut crânien. Démonstration de la malade.* — Il y a quatre ans, une fille de dix ans reçut en tombant une fracture du crâne suivie de perte de connaissance, d'aphasie et d'hémiplégie et hémianesthésie droites. On constata le lendemain une fracture compliquée des os frontal et pariétal gauche ; deux esquilles furent éloignées ; la perte constitue un défaut de forme triangulaire, mesurant à sa base 3 centimètres sur une hauteur de 6 cent. 5. La convalescence se fit rapidement, l'aphasie et l'hémiplégie disparurent, mais le quatrième jour apparaissent des crampes cloniques affectant la partie droite du corps et de la face. Ces convulsions existèrent pendant une année et revenaient tous les quinze jours, trois semaines. Elles firent presque complètement

défaut pendant l'année suivante, mais deux ans après l'accident, elles firent leur réapparition, devinrent de plus en plus fréquentes et étaient suivies de pertes de connaissance. De plus, les facultés intellectuelles de la malade s'affaiblissaient et elle prononçait les mots moins bien ; il s'établit aussi une scoliose vertébrale. Le rapporteur crut devoir tenter une opération ostéoplastique pour combler le défaut du crâne. L'opération fut faite le 9 décembre 1890, trois ans après l'accident. Au cours de l'opération, il brisa plusieurs faisceaux fibreux entre les méninges. Au point de vue chirurgical l'opération réussit pleinement et le défaut de la boîte osseuse ne mesure aujourd'hui que 5 centimètres de diamètre. Maintenant qu'il s'est passé un an après l'opération, les symptômes du côté du système nerveux se présentent tels : les accès sont devenus moins fréquents et moins prononcés, la main et le pied droits sont un peu plus faibles que du côté gauche ; l'hémianesthésie droite continue à exister, la parole est plus nette, la scoliose est en voie d'évolution.

Le professeur Kojewnikoff et les Drs Rossolimo, Chatalow, Darxchewitch ont pris la parole au cours de la discussion en analysant certains des symptômes cliniques de cette observation et les indications thérapeutiques de l'opération qui fut pratiquée.

Séance du 20 décembre 1891.

M. le Dr W. Roth présente une fille de vingt-trois ans atteinte d'*atrophie musculaire* progressive, type périphérique (péronéal type) du rapporteur. Les membres inférieurs de la malade sont déformés : genua valga, pied équin, varus très creux, dégénérescence complète des muscles à partir des genoux, divers degrés d'atrophie des muscles des cuisses. L'atrophie des muscles des membres supérieurs, atteints à un degré moindre, est graduellement prononcée dans les parties plus ou moins périphériques du membre. Absence de réflexes patellaires. Ni douleur, ni anesthésie. Altération quantitative de la contractilité électrique. Début de la maladie à l'âge de deux ans. Ce sont les muscles périphériques du pied qui furent atteints en premier lieu ; à l'âge de sept ans, affection des muscles de la main. Il paraît que le frère de la malade fut aussi atteint de cette maladie. A propos de cette malade, le rapporteur cite encore une observation personnelle du même genre. Il s'agissait d'un homme de vingt-trois ans. Chez celui-ci existait dès l'enfance une atrophie de la région du nerf péronéen et à un degré moindre des muscles de la main, pied creux avec orteils en griffe, en plus un dédoublement des os de l'orteil gauche hypertrophié. Altération qualitative et quantitative de la contractilité électrique. Malgré l'absence de antécédents héréditaires, le rapporteur invoque l'hérédité comme la vraie cause étiologique et croit pouvoir affirmer que c'est encore dans la cellule germinative que préexistent,

ou apparaissent les conditions spéciales qui déterminent le développement ultérieur de cette maladie. De l'avis du rapporteur. cette forme d'atrophie musculaire doit être rangée avec la maladie de Friedreich dans un même groupe d'affections héréditaires à caractère dégénératif.

Les deux maladies ne seraient alors que les extrêmes d'une série de cas formant transition de l'une à l'autre. Les deux observations de Déjerine (*Med. mod.*, 1891) ne sont que des exemples de cette même atrophie musculaire progressive (type périphérique), mais compliquées. Elles tiennent à la fois de la maladie de Friedreich classique avec atrophie de la plante des pieds (pieds creux et griffe des orteils) et des formes dans le genre de l'observation II de Dubreuil, c'est-à-dire des cas, caractérisés par une atrophie musculaire très prononcée, mais n'ayant presque pas d'altérations spinales ; viennent ensuite les cas qui manquent absolument d'altérations spinales, mais présentent à divers degrés des altérations des nerfs périphériques. Il serait permis de supposer l'existence des cas manquant totalement d'altérations du système nerveux. Si des cas de ce genre venaient un jour à être constatés où si l'examen microscopique démontrait une « atrophie en longueur des fibres musculaires » (Roth, *Société de Biologie*, 1887) caractéristique pour les myopathies, il serait évident que l'atrophie musculaire progressive à type périphérique viendrait en même temps toucher de très près la myopathie primitive.

M. le Dr Kotowitch, en étudiant le courant d'une dynamo-machine à l'aide du téléphone, établit que ce courant ne peut être considéré comme étant d'une constance absolue et que son intensité subit des oscillations régulières. Au point de vue théorique, ce fait pourrait être une indication contre l'emploi dans les procédés thérapeutiques du courant dynamo au lieu du courant de batterie quand il s'agit d'une galvanisation stabile. Il est évident que pour la galvanisation labile, cette objection est nulle. Pourtant la réaction des nerfs sciatiques de la grenouille au courant dynamo ne diffère en rien de la réaction au courant constant et se conforme à la loi Pfluger.

DU TRAITEMENT DE L'HYDROCÉPHALIE;

Les chirurgiens ont essayé dans ces dernières années, avec plus d'enthousiasme que de succès, tout au moins pour les malades, de traiter opératoirement les maladies du système nerveux, comme ils ont pris l'habitude de traiter les maladies abdominales et en particulier celles des organes génitaux. Nous commençons dans ce numéro l'analyse, nous ne dirons pas de tous les travaux qui ont paru sur la chirurgie du cerveau, mais de quelques-uns d'entre eux.

§ I. — Des ponctions capillaires dans l'hydrocéphalie.

Notre maître Giraldès dans une leçon très intéressante qu'il a consacrée à l'hydrocéphalie, rappelle que Conquest (1838) a beaucoup conseillé les *ponctions capillaires*, que sur dix-neuf malades neuf sont morts; que Battersby a publié quelques exemples de guérison; que West, en 1842, a rassemblé les observations de cinquante malades chez lesquels on avait pratiqué des ponctions capillaires (quatre succès réels)[1]. Pendant notre externat (1862) et notre internat dans le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades, puis durant le premier semestre de 1870, nous avons vu pratiquer au moins une dizaine de fois des ponctions capillaires chez des hydrocéphales : jamais nous n'avons vu d'amélioration sérieuse. Presque toujours la maladie poursuivait sa marche ou les malades succombaient.

Voici maintenant quelques détails sur des essais plus récents. Les ponctions capillaires ont été pratiquées tantôt suivant la méthode ancienne, c'est-à-dire au niveau des fontanelles, tantôt au contraire on a fait au préalable une *trépanation*, puis pratiqué la *ponction*, enfin dans d'autres cas, après la ponction on a eu recours au *drainage*.

[1] Giraldès. — *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*, rec. par Bourneville et E. Bourgeois; Paris, 1869.

§ II. — Paracentèse des ventricules; par le Dr Spencer-Smith. (*The British medical Journal* du 28 mars 1891, p. 699.)

Au sujet de la paracentèse des ventricules du cerveau, je me rappelle un cas qui s'est produit quelques années après que j'exerçais, cas dans lequel on eut recours jusqu'à six fois à la ponction. L'enfant avait six mois et était tombé des bras de sa nourrice, en descendant un escalier de pierre. Il était tombé sur la tête et le crâne avait été fracturé.

La première opération eut lieu quelques semaines après la chute à cause des convulsions qui se déclarèrent; les fontanelles étaient fortement distendues par les liquides. On introduisit un trocart fin et une canule, il sortit quelques onces de liquide, et le malade se trouva beaucoup mieux. Quelque temps après, on dut répéter l'opération. On fit six ponctions les unes après les autres. L'en fant finit par succomber d'épuisement.

§ III. — Traitement de l'hydrocéphalie chronique par la ponction; par Unverricht. (*The Lancet*, 12 décembre 1891, p. 1354.)

Le professeur Unverricht a rapporté, à une session récente de la Faculté médicale de Dorpat, l'histoire de quatre cas d'hydrocéphalie chronique qu'il avait traités par ponction, et dont il présentait un cas à la Faculté. Le malade était un petit garçon de deux ans et demi, qui, âgé de dix jours, avait été pris de convulsions, et à trois mois et demi présentait un développement considérable du crâne. Il fut ensuite atteint de strabisme, de nystagmus et de paralysie générale, et avançait si peu en intelligence qu'il ne put dire « Papa et Maman » qu'à un an et demi. Il fut admis à la clinique dans cet état, on lui fit une fois une ponction pour son hydrocéphalie; on obtint 75 centimètres cubes d'un liquide clair et transparent, ayant un poids spécifique de 1006,5. Il ne se produisit aucune réaction, et il s'ensuivit en même temps une amélioration considérable à la fois physique et intellectuelle.

Le professeur Unverricht lui-même est si satisfait du résultat de ce traitement qu'il est encouragé à répéter l'opération et à recommander son adoption générale.

§ IV. — Trépanation et drainage dans l'hydrocéphalie; par A. Broca. (*Soc. de chirurgie*, 1891, 18 février, et *Mercredi médical*, 1891, p. 94.)

Il s'agit d'un enfant de quatre ans auquel, en septembre 1890,

M. Broca « a drainé, pour hydrocéphalie, le ventricule latéral droit. L'opération n'a pas cherché à être curative chez cet enfant dont les fontanelles étaient soudées. Mais elle cherchait à faire disparaître une contracture du membre supérieur gauche, survenue depuis trois mois à la suite d'une crise convulsive, et elle y a pleinement réussi ».

§ V. — Traitement de l'hydrocéphalie par la trépanation et les ponctions ou par la ponction lombaire; par Quincke. (*Congrès allemand de médecine interne*, 1891.)

Chez un garçon de douze ans, atteint d'une hydrocéphalie considérable, l'auteur pratiqua la trépanation, laissa la plaie se fermer. puis pratiqua à son niveau six ponctions dans l'espace de quelques mois. Les symptômes ne furent que médiocrement amendés, toutefois durant la ponction, la contracture de la nuque et de la bouche disparut.

Le second cas concerne un enfant de deux ans atteint d'hydrocéphalie aiguë fébrile depuis quatre jours. Délire, strabisme, contracture de la nuque, inégalité pupillaire. M. Quincke mit à nu l'espace sous-arachnoïdien de la colonne lombaire, fit trois ponctions, retira de deux à dix centimètres de liquide. L'enfant guérit et l'auteur est convaincu que la guérison est due à son traitement.

§ VI. — La trépanation pratiquée dans les cas d'hydrocéphalie aigue et chronique; par le Dr Hayes Agnew. (*University Medical Magazine*, octobre 1891, p. 24.)

La ponction des ventricules dans l'hydrocéphalie est une ancienne opération. La particularité des procédés modernes consiste à atteindre les ventricules, non par les fontanelles, mais en un point plus commode et au moyen de l'emploi ultérieur du drainage. Sur les cinq cas traités de cette manière, à Philadelphie, trois le furent sur des garçons et deux sur des filles. L'âge respectif de ces malades était : quatorze ans, quatre ans, dix ans; trois ans six mois et vingt-quatre mois. Tous les malades moururent : un le quatrième jour, un le quarante-cinquième jour, un quatre heures après, un le cinquième jour; pour l'autre l'époque de la mort n'est pas indiquée.

Comme l'hydrocéphalie est habituellement due à une maladie tuberculeuse ou à la présence d'excroissances morbides, il est difficile de comprendre sur quoi on se base pour faire de telles opérations, puisqu'on n'a aucun espoir de succès, mais que plutôt elles ne font qu'amener plus vite un résultat inévitable.

Trépanation pour hydrocéphalie, avec drains.

NUMÉROS	OPÉRATEUR	AGE	SEXE	MOTIF de L'OPÉRATION	RÉSULTAT	REMARQUES GÉNÉRALES
1	Keen	14 ans	Garçon	Méningite aiguë abcès cérébral supposé	Mort le 4e jour	»
2	»	4 ans	Fille	Méningite et tumeur cérébrale supposée	Morte le 45e jour	A l'autopsie tumeur du cervelet.
3	»	10 ans	»	Méningite tuberculeuse aiguë	Morte en 4 heures	»
4	»	3 ans 1/2	Garçon	Méningite chronique	Mort	»
5	»	24 mois	»	»	Mort le 5e jour	A l'autopsie tumeur du cervelet.

L'auteur conclut que « la trépanation pour l'hydrocéphalie est une opération inutile ».

§ VII. — Craniectomie, ponctions et drainage dans l'hydrocéphalie; par Phocas.

Phocas cite deux cas de craniectomie pour l'hydrocéphalie (*Revue des Maladies de l'Enfance*, février 1892). Dans le premier cas, un enfant âgé de onze mois, le ventricule latéral fut ponctionné et un drain de crin y fut introduit. Cet enfant mourut de méningite au bout de cinq jours. La méningite fut attribuée à ce que l'antisepsie n'a pas été parfaite, ce qui était dû à quelques plaques d'impétigo.

L'autre malade était un garçon âgé de vingt-cinq mois; la tête était très grosse et les fontanelles étaient ossifiées. Il existait du nystagmus et de la névrite optique. L'enfant paraissait aveugle, il ne pouvait marcher, ni même se tenir debout, et il était très instable. Lorsqu'il se soulevait, la tête se rétractait. Il ne comprenait rien et proférait seulement quelques cris inarticulés. Une partie du cuir chevelu fut enlevée et un trépan appliqué à environ un pouce et demi au-dessus du méat externe auditif. L'ouverture

du crâne fut élargie d'un pouce un quart, au moyen d'un ciseau et d'un maillet.

La dure-mère fut ouverte accidentellement et une quantité considérable de liquide cérébro-spinal s'échappa. Un drain de crin fut introduit et la plaie du cuir chevelu suturée. Pendant l'écoulement du liquide cérébro-spinal les pulsations du cerveau devinrent sensibles.

L'opération fut suivie d'une élévation de la température pendant environ vingt-quatre heures et les premiers pansements remplacés le lendemain de l'opération étaient pleins de sang. La plaie se cicatrisa par première intention, mais le liquide continuait à filtrer par le drain. On ne dit pas combien de temps celui-ci resta dans la plaie.

Au huitième jour, l'enfant pouvait se tenir assis dans son lit, il n'y avait aucune rétraction de la tête et l'enfant ne fut plus dès lors turbulent. Il était donc beaucoup mieux qu'avant l'opération. Lorsque je le vis quatre mois après l'opération, l'enfant était presque aveugle mais il pouvait marcher.

§ VIII. — Hydrocéphalie chronique apparue après la guérison spontanée d'un spina bifida; tentative inutile de réincision de ce dernier; trépanation; drainage des ventricules; mort; par Ch. Audry. (*Progrès médical*, 1892, 27 fév., p. 154.)

Garçon de sept mois. A la naissance, spina bifida de la partie inférieure de la région lombaire; ulcération; écoulement d'un liquide d'abord clair, [puis purulent pendant un mois; occlusion de l'orifice. A partir de là, développement considérable de la tête. A l'entrée à l'hôpital, la tête avait 51 centimètres de circonférence; asymètrie. Ni paralysie, ni contracture.

5 *octobre*. — Incision de 4 centimètres au niveau de la cicatrice du *spina* bifida; ponctions exploratrices; aucune évacuation; pansement iodoformé. Trépanation du pariétal droit, à deux travers de doigt en arrière du méat auditif externe et à 4 centimètres au-dessus. Orifice d'un centimètre et demi. Ponction à 3 ou 4 centimètres; aspiration d'un liquide aqueux. Incision cruciale de la dure-mère. Introduction d'un faisceau de 8 à 10 crins de cheval jusque dans la cavité ventriculaire; on fixe à la peau le fil de soie qui les réunit. Le liquide s'écoule en filet peu abondant, suture, des lambeaux cutanés. — A 6 heures du soir, abattement respiration courte; température 41°, mort une heure plus tard.

Par suite de l'existence antérieure d'un spina bifida à la région lombaire, M. Audry été amené, pour remédier à l'hydro-

céphalie, à pratiquer une incision à ce niveau, répétant en quelque sorte, sans le savoir, le procédé préconisé par M. Quincke. Le cas de M. Audry ne paraît pas encourager à recourir à la ponction lombaire. — L'hydrocéphalie consécutive à la guérison du spina bifida est un accident connu depuis longtemps. Nous en avons vu plusieurs exemples à l'hôpital des Enfants malades[1].

Nous continuerons cette revue; mais des faits qui précèdent il semble résulter que l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hydrocéphalie, tel qu'il a été appliqué par les chirurgiens contemporains, n'offre pas plus d'avantages aux malades que l'ancien traitement chirurgical limité aux ponctions capillaires et encore moins que le traitement médical qui, ainsi que nous le verrons, peut, parfois, arrêter l'hydrocéphalie dans son évolution. BOURNEVILLE.

BIBLIOGRAPHIE

I. *Œuvres complètes de* J.-M. CHARCOT. — T. IX. *Hémorrhagie et ramollissement du cerveau. Métallothérapie et hypnotisme. Electrothérapie*, in-8° de 571 p., avec 34 fig. dans le texte et 13 planches. Aux bureaux du *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes.

Le tome IX des *Œuvres complètes* de M. Charcot, que M. Bourneville a eu l'heureuse idée de réunir et de publier, serait l'un des plus intéressants de la collection si tous ne l'étaient à un égal degré. Il contient, en effet, des mémoires de premier ordre qui ont consacré à jamais la grande réputation du chef de l'école de la Salpêtrière. On y trouve dès le seuil, le travail dans lequel il démontre en s'appuyant sur près de cent observations que c'est aux anévrysmes miliaires qu'est due l'hémorrhagie cérébrale. L'influence trophique des lésions du cerveau est nettement prouvée : eschare formée sur le côté paralysé dans l'hémiplégie récente; ecchymoses viscérales chez les apoplectiques. Enfin, par l'étude de la température centrale, il est permis désormais de porter le pronostic de

[1] Giraldès, *loc. cit.*, p. 35.

l'hémorrhagie aussitôt après l'ictus. Toutes ces notions de si haute valeur sont aujourd'hui devenues classiques et il semble véritablement oiseux d'en parler. Nous croyons cependant qu'on nous saura gré d'avoir indiqué où se trouvent réunis tous ces mémoires épars dans les recueils périodiques. De plus qu'on veuille donc bien relire le travail de M. Charcot sur les néo-membranes de la dure-mère on y apprendra beaucoup de choses aujourd'hui oubliées ou servies à nouveau comme neuves : pour notre part, nous avouons en toute sincérité que sa lecture nous a été singulièrement fructueuse. Nous passons sous silence les arthropathies des ataxiques et des hémiplégiques : c'est maintenant monnaie courante; il serait peut-être bon de se souvenir de la peine que M. Charcot eût à faire accepter ces vérités qui nous paraissent aujourd'hui élémentaires.

La deuxième partie du volume est encore toute d'actualité : elle a trait aux recherches de M. Charcot, sur la métalloscopie, la métallothérapie et l'hypnotisme. Il fallait en 1876-1878 un certain courage pour s'aventurer sur un terrain aussi brûlant; pour oser aborder la physiologie de phénomènes qui semblaient ne pas plus appartenir à la science médicale que les magnétiseurs de tréteaux n'appartiennent à notre profession. Et pourtant là encore M. Charcot a su constituer un corps de doctrines s'appuyant sur des phénomènes réels somatiques, indéniables, impossibles, à simuler. Et il s'est trouvé dix ans plus tard, qu'on est venu lui reprocher d'avoir trop multiplié les preuves. Pourquoi s'est écriée toute une école tant de barrières élevées contre la simulation : allons de l'avant et foin de tels obstacles. M. Charcot après avoir été un novateur trop hardi devenait un affreux réactionnaire. Mais l'événement a prouvé qu'il avait eu encore une fois raison. On est bien heureux aujourd'hui que les audacieux n'ont réussi qu'à discréditer à nouveau cette branche de la science, de penser qu'il existe un faisceau de recherches devant la réalité desquelles l'esprit le plus difficile est forcé de s'incliner.

Dans l'œuvre de M. Charcot, il y a ni raisonnements vagues, ni théories creuses : des faits corrobés autant que possible par la constatation anatomique. Le chef de l'École de la Salpêtrière a su s'annexer tant de contrées inexplorées avant lui qu'on ne sait trop ce que l'on doit le plus admirer : de son labeur acharné ou des découvertes qu'il a faites comme en se jouant et dont une seule suffirait à illustrer la vie d'un homme. GILLES DE LA TOURETTE.

II. *Epitome des maladies mentales;* par le Dr James SHAW. Bristol, John Wright, édit. 1892.

C'est une sorte de manuel rédigé sous forme de dictionnaire : on comprend dès lors qu'il est bien difficile d'en donner une analyse. Le volume comprend neuf chapitres : le premier a trait

aux définitions et classifications des maladies mentales. — Le chapitre II est un index de tous les symptômes variés des différentes formes vésaniques. — Le chapitre III est un index des maladies mentales avec leurs synonymes et leurs symptômes groupés par maladies. — Le chapitre IV traite de l'étiologie, le chapitre V du diagnostic, le chapitre VI du pronostic, le chapitre VII de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, le chapitre VIII de la thérapeutique et de l'hygiène. Enfin, un neuvième chapitre a trait à l'exposé de la législation et des questions médico-légales relatives aux maladies mentales. J. Séglas.

III. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, par M. le professeur Charcot. Policlinique de 1887-1888. Notes de cours de MM. Blin, J.-B. Charcot et H. Colin. Paris, in-4°, 1892. Seconde édition. Aux bureaux du *Progrès Médical.*

Le livre est connu. Il présente, ainsi que chacun sait l'image de la clinique (*imaginem belli*) avec toutes ses surprises et ses complexités. Nous avons déjà insisté sur les analyses symptomatiques du maître, ses procédés de diagnostic, ses méthodes de traitement. A cette époque, il s'agissait de la première édition.

Ce sont cette fois les vingt-six premières leçons qui paraissent en seconde édition. Comment analyser une minutieuse étude? Comment surtout reproduire le mécanisme intellectuel du professeur aux prises avec l'imprévu? Les dix volumes des leçons *ex cathedra* de M. Charcot, réunies jusqu'ici par M. Bourneville, sont, pour tout dire en un mot, complétés par cette introduction merveilleuse à la clinique neuropathologique, par cette *clinique* pratique enseignée par l'exemple. Des figures, tableaux, et schémas en grand nombre animent ce cadre vécu. C'est de la leçon de choses parlée. Telle une peinture reflétant les coups de pinceau du compositeur, en l'examinant on apprend soi-même à peindre. Ajoutons que cette seconde édition est supérieure à la première non pas seulement par le remaniement fait par le maître du contexte didactique, mais encore par la forme plus agréable et plus soignée de l'impression.

Nous croyons ne pas nous tromper en prédisant un succès progressif à ce volume. P. Keraval.

IV. *Contribution à l'étude anatomique et clinique* de l'*acromégalie;* par le Dr G. Duchesneau. Th. Lyon. J.-B. Baillière, Paris, 1892.

L'auteur nous expose l'histoire clinique et anatomique d'un cas observé par lui, qui diffère un peu du type morbide exposé par M. Marie, et à ce propos le compare aux observations parues depuis la thèse de M. Souza-Leite, qui en 1890 résumait l'état de la question.

Ce qu'il y a de particulier dans le cas de M. Duchesneau, c'est qu'on constatait une atrophie musculaire des membres supérieurs et inférieurs. Pour ces derniers, elle était masquée par de la lipomatose, et de plus elle entraînait une attitude pseudo-paralytique du pied en varus équin. L'atrophie musculaire était survenue d'assez bonne heure. Elle amena rapidement une gêne des mouvements de flexion et d'extension du rachis, et s'accompagna de violentes douleurs à la nuque. Elle se développa vite et à la fin de la vie elle était généralisée. Deux autres cas de M. Guliac et de M. Claus sont à rapprocher de cette observation.

L'examen anatomique de la malade a été fait avec le plus grand soin et tous les tissus ont été étudiés, ainsi que tous les appareils. L'auteur a été amené à conclure que les lésions du squelette dans l'acromégalie sont toutes conditionnées par la lésion du tissu osseux, qui, dans ce cas, consiste dans l'envahissement de la presque totalité des os à moelle rouge persistante par le tissu osseux d'origine médullaire, ou tissu spongieux. Il considère l'amyotrophie comme caractérisant une forme particulière d'acromégalie, dont la production est d'ailleurs toute occasionnelle. Sa raison d'être serait dans la compression des nerfs rachidiens, dans des trous de conjugaison, dans le cas de lésions osseuses rachidiennes excessives, compression qui entraîne les douleurs observées dans ce cas. La dégénérescence des muscles joue de son côté un certain rôle dans les déformations observées.

Cette thèse, quoique ne renfermant qu'une observation, est fort intéressante en raison d'abord des phénomènes particuliers et exceptionnels qu'on y rencontre, et d'autre part à cause du soin avec lequel l'étude anatomique en a été faite. Un fait bien observé vaut mieux que cent étudiés superficiellement. P. S.

V. *Clinique des maladies du système nerveux;* par M. le professeur Charcot. Publiée par G. Guinon. — Tome I. Paris, in-8°, 1892. Aux bureaux du *Progrès Médical.*

La médecine vit de l'expérience. Mais l'expérience ne fait pas toujours un bon médecin. Pour que l'expérience produise un bon clinicien, il faut que la science de l'observation soit méthodiquement développée, et qu'au centre de l'observation (empirisme rationnel) le clinicien sache mettre l'ensemble des connaissances de tous ordres qu'exigent les choses de l'humanité. A ces conditions, mais à ces conditions seules, le médecin qui persiste à travailler progresse, sinon, voir beaucoup n'est pas synonyme de voir bien. L'adaptation judicieuse et rapide des connaissances acquises à un cas particulier c'est le génie médical, dans son cadre clinique; l'esprit de généralisation qui permet d'en extraire des méthodes, c'est le génie médical dans son essor scientifique. Ces qualités,

M. Charcot les possède au plus haut degré. C'est ainsi qu'il sait discerner d'entre les nouvelles doctrines la notion ou le fait fructueux pour le présenter pour l'avenir. Sans faiblesse il exerce un jugement toujours sain; avec une vigueur réfléchie il développe chez ses auditeurs l'esprit de progrès et marche lui-même de l'avant.

Telles sont les réflexions qui nous venaient à la lecture de cette nouvelle série de leçons cliniques. Elles se présenteront sans nul doute à l'esprit du lecteur qui voudra bien s'arrêter sur le diagnostic de la maladie de Morvan, l'hystéro-traumatisme, les tremblements hystériques, la migraine ophtalmique, l'œdème bleu des hystériques, l'analyse de la sciatique double avec atrophie musculaire, l'ophtalmoplégie externe, la syringomyélie, la paralysie diabétique, l'hystérie mâle, le syndrome de Weber, la syphilis cérébrale, les formes frustes de la sclérose en plaques. Ce volume, publié par les soins de M. Georges Guinon, est donc précieux à tous égards. P. Keraval.

VI. *Les troubles du langage chez les aliénés*; par J. Séglas. Paris, 1892. (*Bibliothèque médicale* Charcot-Debove.) J. Rueff et C[ie], édit.

Le langage est, comme nous l'avons dit ailleurs, le seul moyen dont l'homme dispose pour exprimer ses désirs et ses pensées, aussi bien, est-ce presque exclusivement, par l'appréciation des signes qui le constituent que nous jugeons chez les autres de l'état de leur activité psychique. A ce point de vue l'étude des troubles du langage, considérés en général, forme donc le chapitre le plus important de la psychiatrie. Cependant, jusqu'à présent, nous ne possédions pas de travail d'ensemble sur cette question; c'est pourquoi le livre de M. Séglas, en comblant heureusement cette lacune, rendra un incontestable service, non seulement aux médecins aliénistes en particulier, mais encore à tous ceux, et ils sont nombreux actuellement, qui s'intéressent aux choses de la psychologie.

L'auteur divise tout d'abord les troubles du langage chez les aliénés en troubles du langage, parlé, écrit, et mimique. Ceux-ci sont distingués successivement, selon qu'ils résultent : de troubles de la fonction du langage, et de troubles de la parole.

En ce qui concerne le langage parlé, qui, il est aisé de le comprendre, prête aux développements les plus longs, M. Séglas décrit successivement les dyslogies par modifications de la rapidité, de la forme, de la syntaxe et du contenu du langage; puis les dysphasies organiques, sur lesquelles il insiste peu, le sujet intéressant plutôt les neurologistes que les psychiatres, et les dysphasies fonctionnelles : amnésies verbales transitoires, hallucinations verbales, impulsions verbales. Dans les dyslalies, il reconnaît celles qui tiennent : à une éducation défectueuse de la parole, à des malformations

congénitales ou accidentelles, à des maladies du système nerveux central ou périphérique, enfin à ce qu'il appelle des laloneuroses spasmodiques (aphthongies résultant de crampes dans le domaine de l'hypoglosse).

La même division sert de guide en ce qui a trait au langage écrit, et l'auteur y passe en revue : les troubles résultant de désordres intellectuels généraux, les dysgraphies proprement dites, organiques et fonctionnelles, entrant à l'occasion de celles-ci èn des développements particulièrement intéressants sur l'écriture automatique, enfin les troubles de la formation des signes graphiques, par vice d'éducation, par malformation des membres, par maladies nerveuses, et par graphonévroses (crampe des écrivains). Quelques pages très curieuses sont consacrées aux dessins des aliénés.

Les troubles du langage mimique forment la troisième partie de l'ouvrage, et nous y trouvons des aperçus sur la mimique à l'état statique, de repos, et dynamique d'expression.

Cette analyse succincte donne à peine l'idée des difficultés vraiment considérables, que M. Séglas a dû surmonter pour mener la tâche qu'il a entreprise à bien, car il est certain que nous possédons dans ce volume une monographie synthétique, et aussi complète que le permettaient l'accord des limites imposées à l'auteur avec la clarté nécessaire à un ouvrage d'enseignement, monographie à laquelle on ne saurait adresser que des critiques de détail. Plutôt que de les formuler, nous préférons indiquer les parties les plus originales de l'ouvrage, comme le paragraphe consacré aux troubles du langage chez les mélancoliques, avec hallucinations verbales psycho-motrices, et aux dysgraphies fonctionnelles.

Ajoutons, en terminant, qu'un style aisé et clair, contribue pour sa part à rendre attachante la lecture de ce livre. Paul Blocq.

VII. *Syphilis du système nerveux*; par le Dr W. Gajkiewich, Paris, 1892. J.-B. Baillière et fils, édit.

L'auteur a entrepris de grouper en une étude commune toutes les données, dès longtemps accumulées sur les déterminations de la syphilis sur le système nerveux. Il expose dans des chapitres distincts d'une part ce qui a trait à l'anatomie pathologique, l'étiologie, au diagnostic et au traitement considérés en général, d'autre part il trace les descriptions successives, celles-ci intercalées dans ceux-là, la syphilis de l'encéphale, de la moelle et des nerfs périphériques en particulier. Aussi l'auteur aurait-il fait une monographie complète, s'il nous avait parlé de l'influence provocatrice de la syphilis sur certaines névroses, des types cliniques ainsi déterminés, et des difficultés de diagnostic parfois soulevées en ces circonstances. Peut-être serions-nous tentés de lui reprocher de

n'avoir pas osé prendre parti, dans les débats actuellement pendants sur les rapports de la vérole avec le tabes et la paralysie générale. Mais, ces réserves faites, nous sommes tout à fait à l'aise, pour dire le grand bien que nous pensons de ce volume, ou M. Gajkiewicz a su réunir le suc, pour ainsi dire, des travaux les plus importants parus sur la matière, avec un sens critique dont on ne le saurait trop louer. Paul Blocq.

VARIA

Statuts de la société de patronage des aliénés sortant des asiles publics du département de la Seine

L'an dernier nous avons soumis à la Commission de surveillance des asiles de la Seine un rapport sur la création d'une *Société de patronage* pour les aliénés sortant guéris ou améliorés des asiles publics du département. La discussion s'est terminée dans la séance du 30 juin dernier par le vote des statuts suivants, qui ne sont que la reproduction, avec quelques modifications secondaires, du projet de statuts qui terminait notre rapport sur la même question au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Titre premier. — *But de la Société.*

Art. 1. — La Société de patronage fondée à Paris, en 1892, a pour but : 1° de venir en aide aux aliénés et épileptiques indigents ou nécessiteux, majeurs ou mineurs, pensionnaires de la Seine sortis des asiles publis ou des quartiers d'hospice ; 2° de combattre les préjugés relatifs à l'hospitalisation des aliénés, à l'incurabilité et au traitement de l'aliénation mentale. Le concours de la Société s'étend aux enfants des aliénés et au besoin à leurs proches. »

Titre II. — *Composition de la Société.*

Art. 2. — La Société se compose de *membres perpétuels* (ou fondateurs), de *membres titulaires*, de *membres adhérents* et de *membres auxiliaires*. Le titre de membre adhérent appartient aux personnes qui paieront une cotisation de 5 francs. Le titre de membre perpétuel ou fondateur s'acquiert par le don fait à la Société d'un capital de 200 francs au minimum.

Le titre de membre titulaire est acquis à toute personne payant une souscription de 20 francs au moins. Le titre de membre auxiliaire appartient aux personnes qui sans effectuer aucun versement sont chargés de visiter un certain nombre d'anciens aliénés, de leur porter des encouragements et au besoin des secours.

TITRE III. — *Administration.*

ART. 3. — La direction de la Société est confiée à un *Conseil d'administration*, composé de membres de droit et de membres élus. Les membres de droit sont : 1° le préfet de la Seine, le président du Conseil général de la Seine, le président du Conseil municipal de Paris, présidents d'honneur de la Société ; 2° le directeur chargé des affaires départementales de la Préfecture de la Seine ; 3° le directeur, le médecin directeur et les médecins chefs de service de chacun des asiles ou quartiers d'hospice de la Seine.

Les membres élus sont au nombre de trente : 1° trois élus par le Conseil général de la Seine ; 2° trois élus par la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine ; 3° vingt-quatre élus par l'assemblée générale annuelle.

Les membres élus du conseil d'administration sont renouvelables par tiers tous les ans. Le tirage au sort désigne les membres sortants pendant les deux premières années. Après la troisième année, les membres élus sortiront par voie de roulement. Ils peuvent être réélus.

ART. 4. — Le *Conseil d'administration* choisit dans son sein, après chaque renouvellement, un président, deux vice-présidents, deux secrétaires, un trésorier et un *Comité de direction*, composé de dix membres. Il se réunit sur la convocation du président, chaque fois que les besoins de la Société l'exigent. Il peut, après avis du conseil d'administration, accepter des dons et legs, acquérir, vendre ou échanger des immeubles, faire des constructions nouvelles, emprunter et hypothéquer, ester en justice, plaider et transiger, sous les conditions prévues par la loi.

Les délibérations relatives aux acceptations des dons et legs, aux acquisitions, aliénations ou échanges, aux emprunts ou hypothèques devront être soumises à l'approbation du gouvernement.

ART. 5. — Le comité de direction se réunit tous les mois, et, en outre, toutes les fois que les besoins de la Société l'exigent. Il est chargé de la gestion matérielle et morale de la Société, de l'ensemble et des détails de son administration. Il prépare les comptes et les budgets de la Société et donne son avis sur toutes les questions qui lui sont soumises par le conseil d'administration. Le comité de direction peut délibérer à la majorité des voix. La voix du président est prépondérante. Le président du conseil d'administration (ou en cas d'empêchement un des vice-présidents) est

président de droit du comité de direction. Le secrétaire et le trésorier du conseil d'administration sont de droit secrétaire et trésorier du comité de direction.

Art. 6. — Le président, ou un membre du conseil d'administration délégué par lui, remplit les fonctions d'ordonnateur, et, à ce titre, signe et délivre tous mandats pour l'acquittement des dépenses.

Art. 7. — Les attributions du secrétaire du conseil d'administration et du comité de direction, consistent principalement dans la rédaction des procès-verbaux, des délibérations du conseil d'administration, du comité de direction et des assemblées générales. Il assiste à toutes les séances, et en cas d'empêchement, il adresse au président, et avant la séance, le registre des délibérations. Il signe avec le président du conseil d'administration et du comité de direction les procès-verbaux de ce conseil, du comité et des assemblées générales, ainsi que tous extraits à délivrer des procès-verbaux. Il a, en outre, la surveillance des archives qui sont déposées à l'asile Clinique.

Art. 8. — Les ressources de la Société se composent : 1° des cotisations des membres des différentes catégories ; 2° des revenus de toute nature provenant des biens et valeurs lui appartenant ; 3° des subventions allouées par l'Etat, le département ou les communes ; 4° du produit des loteries, bals, concerts, matinées, kermesses, vente de bienfaisance, conférences, etc. ; 5° d'une part des bonis réalisés par les asiles ; 6° des dons et legs dont l'acceptation a été autorisée par le gouvernement ; 7° du produit des troncs placés dans les asiles.

Art. 9. — Le trésorier est chargé de la perception des produits et revenus de la Société et du payement des dépenses. Il pourra être rétribué. Il représente la Société en toutes circonstances ; mais il ne peut agir qu'en vertu des délibérations spéciales du conseil d'administration.

Il rend compte de sa gestion à la fin de chaque année au conseil d'administration, lui soumet le budget de l'année et fait connaître tous les mois au comité de direction l'état de la caisse et la situation financière de la Société. Il vise toutes les pièces de comptabilité; il signe, en vertu d'autorisations spéciales du conseil d'administration, toutes les ventes, transferts de fonds publics, tous achats, ventes ou échanges d'immeubles, tous baux et marchés.

Il représente la Société dans tout ce qui a rapport aux affaires contentieuses et dans les affaires judiciaires ; mais en ce cas il ne peut agir qu'en vertu d'une délibération spéciale du conseil d'administration. Il tient deux registres, l'un pour l'inscription des recettes et dépenses de la Société, et l'autre pour celle des titres et valeurs, dont il a le dépôt et la garde.

ART. 10. — La comptabilité de la Société est tenue conformément aux principes suivis pour les établissements publics de bienfaisance.

ART. 11. — L'action financière commence le 1er janvier et finit le 31 décembre inclusivement.

ART. 12. — Les fonds libres seront placés dans des caisses publiques, jusqu'à leur emploi définitif.

Les excédents de recettes qui ne sont pas nécessaires aux besoins de la Société seront placés en valeurs ou en fonds publics françasi,

TITRE VI. — *Des secours. — Maison de la rue de Charenton. Asile ouvroir de la rue Fessard.*

ART. 13. — Des secours proportionnés aux ressources de la Société sont distribués soit à domicile, soit à la maison annexe des Quinze-Vingts, rue Charenton ou du refuge-ouvroir municipal de la rue Fessard, soit en nature ou en argent, par les soins du comité de direction aux patronnés, tant hommes que femmes et enfants.

ART. 14. — Le garde-magasin est chargé de l'acquisition et du dépôt des objets en nature destinés aux aliénés sortis. Il en fait la distribution sur autorisations signées par l'un des membres du comité de direction et par le membre de la Société qui a visité le patronné, ou par le directeur et le médecin en chef intéressé de l'asile. Il tient écriture sur un carnet spécial des entrées et des sorties de ces objets.

ART. 15. — Aucun secours ne peut être payé sans avoir été autorisé par le comité de direction à l'exception toutefois de celui qu'il serait urgent de délivrer au moment de la sortie de l'asile de traitement. Dans ce cas le maximum du secours est fixé à 20 francs.

ART. 16. — Les secours moraux sont donnés aux patronnés par tous les membres de la Société. Ils s'informent de l'état moral des patronnés et font connaître aux médecins ou au président du comité de direction les irrégularités de caractère et les troubles de l'intelligence qui leur ont été signalés et distribuent les secours en nature et en argent, lorsqu'ils en sont chargés par le comité.

ART. 17. — Les fonctions des médecins de la Société consistent en des consultations qu'ils donneront ou des visites qu'ils feront à ceux des patronnés et à leurs enfants appartenant à leur circonscription qu'ils ont visités eux-mêmes ou qui leur sont signalés. Ces fonctions peuvent être rétribuées par décision spéciale du comité de direction.

TITRE V. — *Dispositions générales.*

ART. 18. — Une assemblée générale de tous les membres de la Société a lieu au moins une fois chaque année. Le comité de direction y expose la situation morale et financière de la Société et rend compte des résultats obtenus. Les exemplaires du compte rendu sont adressés à M. le ministre de l'intérieur, à M. le préfet, aux conseillers généraux et aux membres de la commission de surveillance.

ART. 19. — L'assemblée générale annuelle est annoncée huit jours au moins à l'avance. Les lettres de convocation, indiquant le jour, l'heure et le lieu de la réunion, ainsi que l'ordre du jour, sont adressées à tous les membres de la Société.

ART. 20. — L'assemblée procède, d'après les dispositions de l'article 3, au remplacement des membres du conseil d'administration décédés ou ayant cessé de remplir leurs fonctions.

Dans la même séance, l'assemblée délibère d'ailleurs, quel que soit le nombre des membres présents, sur toutes les questions qui lui sont soumises par le comité de direction dans l'intérêt de la Société.

ART. 21. — Dans le cas où la Société cesserait d'exister, les immeubles, meubles, capitaux et autres valeurs lui appartenant deviendraient la propriété du domaine départemental avec affectation spéciale au bien-être des aliénés.

ART. 22. — Nul changement aux présents statuts ne pourra être proposé au gouvernement que d'après l'avis de l'assemblée générale émis à la majorité des deux tiers des membres présents.

Voilà un premier pas dans la voie de la réalisation de cette réforme, si nécessaire pour les malades, si utile pour les finances du département puisqu'en évitant des rechutes elle contribuera à alléger les dépenses si lourdes du service des aliénés. Il est vivement à souhaiter que l'exemple donné par le département de la Seine soit promptement suivi. Il appartient à M. Monod, directeur de l'assistance publique en France, de donner des instructions pressantes aux préfets et aux directeurs des asiles pour que chaque département soit pourvu d'une société de patronage. C'est par des réformes de ce genre qu'on démontrera à tous l'utilité, pour nous incontestable, d'une direction de l'Hygiène et de l'Assistance publiques. B.

Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française.

Session de Blois 1892.

Programme.— *Lundi* 1er *août* 1892.— A 2 heures du soir, séance d'ouverture : Nomination du bureau, discussion de la première question du programme (du délire des négations).

Mardi 2. — *A*. A 9 heures du matin, deuxième séance : Discussion de la deuxième question du programme (le secret médical en médecine mentale). — *B*. A 2 heures du soir, troisième séance : Discussion de la troisième question du programme (les colonies d'aliénés).

Mercredi 3.— *A*. A 9 heures du matin : Visite de l'asile départemental des aliénés de Blois; déjeuner offert par l'administration de l'asile. — *B*. A 1 heure du soir : Visite à la prison et au bureau de bienfaisance de l'ancien hospice des aliénés et épileptiques. — *C*. A 2 heures du soir : Réception des membres du congrès par la municipalité dans la salle des Etats et visite du château de Blois. — *D*. A 7 heures du soir : Banquet par souscription.

Jeudi 4. — Excursion aux environs de Blois ; visite des châteaux de Chambord, Cheverny et Beauregard. Traversée des deux forêts domaniales de Boulogne et de Russy.

Vendredi 5. — *A*. A 9 heures du matin, quatrième séance : Communications et discussions sur des sujets en dehors du programme. — *B*. A deux heures du soir, cinquième et dernière séance : Fixation du siège du prochain congrès ; communications et discusisons diverses. Clôture du congrès.

Samedi 6. — Excursion finale à l'asile des aliénés d'Orléans ; déjeuner offert par l'administration.

Les séances du congrès se tiendront à l'Hôtel de Ville dans la salle des délibérations du Conseil municipal, au premier étage, où sera le siège du congrès depuis la veille de son ouverture jusqu'à sa clôture. Jusque-là les lettres et tous autres documents devront être adressés à M. le Dr Doutrebente, 34, avenue de Paris à Blois. La qualité de membre du congrès est acquise à tout docteur en médecine de France ou des pays de langue française qu verse une cotisation de 20 francs.

Société de patronage des aliénés.

Il existe une association de bienfaisance qui a pour titre *Patronage des aliénés* et a pour but de secourir, d'aider les aliénées sur le

point de sortir guéries des asiles publics d'aliénées qui n'ont aucun moyen d'existence, pas d'amis ou de parents pour les recueillir la plupart du temps. Cette association excellente a déjà trouvé le moyen de faire beaucoup de bien et a empêché bon nombre d'anciennes malades de se perdre dans le monde. Dans une lettre à un contemporain, M. Charles Ford appelle l'attention sur le cas d'un individu sorti d'un asile comme n'étant plus fou. Il ne possédait pas d'effets (à part ceux de l'asile qu'il portait), pas d'amis, pas de parents, pas d'argent ; et M. Ford continue ainsi : « Une telle association (comme celle pour les femmes) devrait également exister pour les hommes, car le besoin s'en fait sentir, et je serai heureux de trouver l'occasion de coopérer à la formation d'une Association. » Nous recommandons chaudement cette inspiration, et nous espérons qu'en donnant une plus grande publicité à cette idée, nous aiderons à la réalisation d'un but si louable. (*British Med. journ.*, 7 mai 1892.) — La commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine vient de voter, sur le rapport de M. Bourneville, la création d'une *Société de patronage* pour les aliénés sortis guéris des asiles publics de la Seine. (Voir plus haut, p. 142, et le dernier n° des *Archives*, p. 262.)

Les enfants arriérés.

Cette catégorie d'êtres faibles ne peut se calculer ni se définir par une équation, et ni les médecins ni d'autres n'arriveront à s'entendre quant à la définition générale du terme : *faibles d'esprit*. L'on croit cependant généralement que leur nombre doit être sérieusement pris en compte ; la société les considère comme des ennemis pour les êtres bien doués au point de vue moral et social. Elle les accuse d'enfanter la maladie, le vice et la pauvreté, et de multiplier leur espèce d'une façon alarmante. Ce qu'il y a à faire avec les arriérés est un problème de la science sociale de la plus grande importance. Il peut être vrai que les plus faibles sont écrasés, que la nature se débarrasse de ses éléments avortés ou *mal développés*, mais quoique cet avortement soit pris au sens moral, intellectuel et physique, ces êtres ne le sont pas quant aux fonctions de la reproduction.

C'est là une question qui est depuis des années soumise à l'esprit du public sous des formes variées. Elle revient continuellement devant les assemblées sociales et économiques de nos philanthropes, elle menace de devenir une question de politique pratique, et elle a largement occupé l'attention des médecins voués à l'étude de la neurologie et de la médecine psychologique. Elle n'a pas encore épuisé l'attention, car c'est un sujet fertile de recherches pour la psychologie criminelle, et nous voyons aujourd'hui la

Saint-James Gazette reprenant la question « *en concentrant l'attention sur les croissances qui, comme de mauvaises herbes, inquiètent notre conscience sociale* ». En agissant ainsi, elle espère trouver le moyen de détruire quelques-unes de ces racines aux premiers temps du développement. C'est un objet louable et bien digne de la croisade de la presse laïque qui voudrait qu'on fit une entreprise digne de son autorité et de sa responsabilité, si elle soulevait cette question sur un terrain propice. Car il est indubitable que la presse médicale, tout en stimulant et en soutenant les affirmations solennelles des journaux et des revues, n'atteint pas le mouvement de la grande masse politique, qui peut concourir à une réforme sociale d'une nécessité absolue pour le bien-être de la nation. La *Gazette de Saint-James* discute brièvement le problème de la loi des pauvres et son opération heureuse. Elle fait observer à propos qu'il existe une classe — sur une grande échelle, héréditaire — chez laquelle les motifs qui déterminent ordinairement la conduite humaine, manquent presque entièrement, et un grand nombre de pensionnaires des Workhouses appartiennent à cette catégorie.

Ils sont des spécimens inférieurs au point de vue intellectuel, souvent si bas dans l'échelle intellectuelle, qu'ils sont incapables de lutter pour leur existence, même dans les rues, et leur chute ou insuccès est souvent dû à une faiblesse morale. Ils ne travailleront que lorsqu'ils se trouveront commandés par une volonté plus forte que la leur; mais laissés à eux-mêmes, ils ne sont que les esclaves d'instincts d'animal. C'est là une peinture bien faite de la catégorie des « faibles d'esprit » incapables qui emplissent nos workhouses et autres institutions de charité, et il est évident, comme le démontre la *Saint-James Gazette*, que la cure de cette grande maladie sociale n'est possible que d'une manière ou d'une autre, soit en rétablissant le niveau intellectuel et moral, ou en arrêtant la reproduction et en éteignant d'une façon pratique ce type dégénéré. L'obstacle sérieux repose dans ceci, qu'ils ne sont pas idiots, et leur imbécillité est si mal définie à un certain point de vue, qu'il n'est pas possible de faire des certificats établissant leurs cas comme devant être soumis au traitement restreint dans un asile. La plupart, comme le dit la *Saint-James Gazette*, sont soumis à la discipline ordinaire d'une volonté plus ferme, et ne chercheraient pas à quitter une institution qui exercerait la surveillance de leur conduite et les actes de leur vie journalière, étant légalement enfermés dans un asile possédant le pouvoir du « restreint » physique. Tandis que ceci est vrai pour le plus grand nombre d'entre eux, on trouvera encore un reste *panaché*, plus ou moins, avec une teinte de paralysie ou d'épilepsie, qui n'est pas toujours aussi soumise à la discipline ou au contrôle extérieur. C'est là une question d'investigation pour les *éducationnistes*, les

réformateurs sociaux et les médecins réunis. C'est une question très importante et nous espérons que le journal qui a pris l'affaire en main ne sera pas sans revenir à la charge. (*Medical Press*, 16 mars 1892, p. 274.)

L'an dernier, à la *Société pour l'étude des questions d'assistance publique*, nous avons fait une communication sur ce sujet. Nous y sommes revenu il y a quelques semaines, lors de la visite de la commission de surveillance à l'hospice de Bicêtre. Nous avons montré, avec des faits à l'appui, la nécessité d'une organisation spéciale pour cette catégorie de malades, atteints d'instabilité mentale ou d'imbécillité morale, incapables de travailler avec un peu d'esprit de suite lorsqu'ils sont libres, mais pouvant être utilisés quand ils sont soumis à une certaine discipline. Suivant nous, les administrations hospitalières pourraient les maintenir sous leur tutelle en les soumettant à un demi-internement, en leur accordant une demi-liberté. Ils pourraient être occupés dans les ateliers des hospices et des asiles ou comme hommes de peine chargés de gros travaux. B.

Suicide d'une aliénée.

Une vieille femme pensionnaire de l'hospice, s'est donné la mort dans des conditions absolument particulières. Jeudi, profitant de la faculté qui est laissée aux vieillards de l'établissement, la dame Beauchot Ernestine, âgée de 63 ans, était sortie dans l'après-midi pour faire une promenade ; au lieu de rentrer à l'hospice, comme elle le devait, elle est allée, le soir venu, demander au bureau de police un billet de logement et un bon de pain.

En raison de son âge, on ne crut pas devoir lui refuser ce qu'elle demandait, et, munie du bon, elle se rendit chez M. Gibard, restaurateur, rue Chocatelle, 22, où après un repas sommaire, elle monta se coucher dans une chambre. Hier matin, l'hôtelier, faisant la revue de ses garnis, fut tout étonné d'apprendre que la vieille n'avait pas encore quitté son gîte. Intrigué au plus haut point, en raison de l'heure avancée, il n'hésita pas à entrer dans la chambre.

Grande fut sa stupéfaction en apercevant le corps de la vieille femme, suspendu à un fort câble de deux centimètres de diamètre, se balançant dans l'espace à une infime élévation au-dessus du plancher. Le cadavre était raide, et une main serrait encore convulsivement une extrémité de la corde. Après en avoir référé à qui de droit, M. Gibard se vit débarrassé de sa lugubre locataire dont le corps fut réintégré à l'hospice.

La dame Beauchot donnait, dit-on, depuis longtemps, des marques non équivoques de dérangement cérébral, et elle avait à plusieurs reprises déjà manifesté l'intention de mettre fin à ses jours. (*Petit Troyen*, 27 juin.)

Les drames de la folie.

Les journaux politiques du 25 juin annoncent que rue Blomet, un nommé Hervé, sorti hier de l'hospice d'aliénés de Ville-Evrard, a tué, ce matin, sa femme à coups de couteau, dans un accès de folie furieuse.

Il s'agit d'un alcoolique qui, guéri de ses troubles intellectuels, a été rendu à la liberté. Le jour même de sa sortie il a fait de nouveaux excès de boisson sous l'empire desquels il a commis son crime.

— Depuis quelque temps, un boucher, M. Montet, établi rue Montmartre, donnait des signes d'aliénation mentale des plus vifs. Le malheureux se croyait poursuivi par des ennemis imaginaires et à diverses reprises il avait manifesté sa folie par des violences dangereuses.

Or, la nuit dernière le boucher se trouvait à la brasserie, située 21, rue Paul-Lelong ; au moment où on allait fermer l'établissement et le prier de rentrer chez lui, il entra dans une colère épouvantable, renversa tables et chaises, et brisa les glaces et les vitres.

Au tapage, plusieurs agents du poste de la rue de la Banque, accoururent, mais ils eurent toutes les peines du monde à s'emparer du forcené qui, doué d'une force peu commune, frappait à tort et à travers sur tous ceux qui l'approchaient.

Il fallut cinq hommes pour le réduire à l'impuissance. Après avoir passé la nuit au poste, l'infortuné a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Radical.*)

La folle de la rue Étienne-Marcel.

Au moment où hier, vers quatre heures et demie, les enfants sous la conduite d'un professeur, sortaient de l'école communale, rue Étienne-Marcel, une femme se dressait devant eux, et, brandissant un revolver, criait à pleins poumons :

— Le voilà, ce misérable qui est cause que j'ai des sangsues dans le corps. Disant ces mots, elle se dirigea vers le professeur, M. Lebreton, et à deux reprises différentes fit feu sur lui. Une seule balle

l'atteignit au dos et ne lui fit, grâce à l'épaisseur des vêtements, qu'une longue éraflure.

M. Lebreton a pu tout aussitôt regagner son domicile, 50, rue de Bretagne. La femme qui avait tiré sur lui arrêtée aussitôt, fut conduite chez M. Véron, commissaire de police. C'est une pauvre veuve du nom de Rosa Moos, passementière, âgée de quarante-sept ans, demeurant 35, rue Etienne-Marcel.

Atteinte d'aliénation mentale, elle se croit dévorée par des sangsues que des êtres imaginaires mêlent à ses aliments. Rencontrant M. Lebreton qu'elle ne connaît pas, elle a cru voir en lui un de ses persécuteurs ; c'est ce qui explique son attentat qui n'aura pas, croit-on, de suites fâcheuses. Rosa Moos a été envoyée à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police. (*Le Radical*, 18 mai 1892.)

Assistance des idiots et imbéciles.

Paul-Alfred Mauger, âgé de vingt-huit ans, ouvrier de fabrique à Courcelles-les-Gisors, est accusé d'avoir, le 1er septembre dernier, à Gisors, commis un attentat à la pudeur avec violence sur une fille D..., *idiote et presque infirme*. L'accusé, dont les antécédents ne sont pas mauvais, nie la violence, que rend d'ailleurs peu vraisemblable la moralité de la victime. C'est sur quoi insiste le défenseur, Me Tyssandier, qui obtient l'acquittement de son client. (Cour d'assises de l'Eure, *Vallée de l'Eure*, 22 octobre 1891.)

Voilà un exemple qui montre une fois de plus la nécessité de l'assistance et de l'hospitalisation des idiots. On laisse tranquillement cette idiote se livrer à la prostitution, sans réfléchir qu'un jour ou l'autre elle peut produire un enfant qui sera à la charge de la société, et cependant, il y a un asile d'aliénés à Evreux, qui dispose de places, puisqu'il prend des malades du département de la Seine. Il est vrai que ceux-ci rapportent, tandis que l'idiote coûterait.

— Le *Rappel de l'Eure* publie dans un de ces derniers numéros le fait suivant :

De même que des enfants semblent nés avec l'insurmontable manie du vol, avec celle du crime, et il en est qui naissent avec celle du feu. C'est ainsi que peut s'expliquer la passion du fils Mauduit, âgé de six ans, qui, à huit jours d'intervalle, a mis le feu à la paillasse du lit de son père et à un tas de paille contenu dans une grange, située à Villers-sur-le-Roule.

Ce jeune enfant, très mal noté à l'hospice de Louviers où il a

été élevé, fait le désespoir de son père, un excellent ouvrier resté seul avec trois bouches à nourrir. Le premier des incendies a été éteint sans causer de dégâts, le dernier a détruit pour 40 fr. environ de foin et causé au propriétaire du bâtiment une perte de 70 fr.

Au lieu d'hospitaliser à temps les enfants de cette catégorie dans des asiles médico-pédagogiques, on préfère dépenser de l'argent pour eux dans des maisons de corrections ou les prisons, sans compter les préjudices qu'ils ont occasionnés.

— Une dépêche du Puy, en date du 3 février, parue dans les journaux politiques, annonce qu'un pauvre garçon d'une vingtaine d'années a été trouvé enfermé dans une écurie appartenant aux nommés Pompel, à Morand (Haute-Loire).

Cet enfant, né des relations incestueuses du frère et de la sœur, presque idiot, avait été enfermé dans ce bouge, où, pendant plus de dix ans, il a croupi sur un tas de fumier et sur ses propres excréments. Il a été emmené à l'hospice de Bas. Les Pompel ont été arrêtés.

Ce fait, lui aussi, prouve combien les administrations départementales sont coupables en négligeant d'hospitaliser les idiots.

Le *Républicain orléanais* du 9 août 1891, a publié un extrait du rapport de M. le Dr Riu relatif au service des aliénés empreint, dit-il, d'un touchant esprit d'humanité et que nous croyons utile de reproduire.

Neuf femmes ont été réintégrées après sortie par guérison ou amélioration; deux sont venues par transfert. L'un de ces transferts suscite quelques réflexions, que je soumets à la bienveillante attention de M. le préfet et à MM. les membres du conseil général.

Le domicile de secours ne s'acquiert qu'après la majorité et par une résidence d'une année au moins dans une localité; mais pour les mineurs les secours incombent toujours au département où la naissance a eu lieu, et cela aboutit à des résultats véritablement inhumains. En effet, soit que les parents se déplacent avec toute leur famille, soit que la naissance ait eu lieu, par un de ces hasards qui peuvent se rencontrer autre part qu'au domicile habituel de la mère, les enfants ont leur domicile de secours dans le lieu où ils sont nés; et si, avant la majorité, pour n'importe quelle raison, infirmité cérébrale, congénitale ou acquise, épileptique, folie à la puberté, etc., il y a nécessité de les faire admettre dans un asile d'aliénés, ils seront sans pitié séparés de leurs

parents et transférés à l'asile du département où ils sont venus au monde, département parfois bien éloigné.

Quelques enfants, d'après la nature de l'affection, n'en éprouveront jamais grande peine et grand souci, certains seront dans le cas d'en ressentir un violent chagrin, d'autres enfin seront dans l'impossibilité de profiter de la proximité et des visites des parents pour être consolés dans leur affliction et encouragés dans leur convalescence. Ils seront pour ainsi dire des enfants perdus dans un milieu indifférent. Il manquera au médecin lui-même un réel moyen d'action dans le traitement; il ne pourra pas juger du travail intellectuel ou l'exciter encore en mettant en œuvre ces douces paroles du grand poète : *Suscipe, parve puer, risu cognoscere matrem* qui trouvent bien ici leur application. Mais si les enfants ne sont pas toujours les plus à plaindre, il n'en est pas de même pour les parents. A l'occasion de ces dures séparations nécessitées par des règlements cruels, nous, comme beaucoup de nos confrères, avons vu, à Orléans même, bien des larmes couler.

Certains départements ont été émus d'une telle situation. La Seine en particulier où il y a beaucoup d'enfants dans cette catégorie a passé des conventions avec les départements d'origine et n'a pas hésité, vu le prix de la journée, très élevé dans ses asiles, à s'imposer des sacrifices énormes pour atténuer cet état fâcheux de la législation.

« Il est, disait M. le Dr Bourneville au Conseil général de la Seine, en 1878, une catégorie particulière d'aliénés transférés, sur lesquels votre commission croit convenable d'appeler les réflexions de l'administration. Nous voulons parler des aliénés qui, nés dans d'autres départements que le nôtre et ayant toute leur famille à Paris, sont encore mineurs et, par conséquent, n'ont pas acquis droit de domicile à Paris. Réclamés légalement par leur département d'origine, ces malheureux sont transportés dans des asiles plus ou moins éloignés, séparés entièrement de leurs parents. Quelquefois ceux-ci, prévenus à temps, reprennent leur malade, si sa situation, n'offrant aucun danger pour la sécurité publique, permet de le leur rendre. Qu'arrive-t-il bientôt? C'est que la maladie s'aggravant, les parents sollicitent une nouvelle admission dans nos asiles et l'enfant y séjourne jusqu'à ce que surgisse une nouvelle demande de transfert. L'enfant fait la navette entre sa demeure et l'asile. N'y aurait-il pas moyen de faire disparaître cet inconvénient, très préjudiciable aux malades et aux familles?

« Le département de la Seine ne pourrait-il pas garder dans ses asiles les malades mineurs dont les parents habitent Paris ou le département depuis plusieurs années? Le département de la Seine réclamerait au département d'origine les frais de séjour au taux

de la journée dans le propre asile de celui-ci et supporterait la différence entre le prix de la journée dans ses asiles et celui de l'asile du département d'origine. »

La question ne fut définitivement résolue qu'en 1881 : l'administration préfectorale mit alors à exécution le vœu formulé par le Conseil. Depuis cette époque les aliénés mineurs nés en départements étrangers et dont les parents habitent Paris depuis deux ans au moins, sont maintenus dans les asiles de la Seine, au compte du département d'origine, qui rembourse l'entretien au taux de la journée dans son asile, le surplus étant supporté par la Seine.

Si j'ai tant insisté sur ce sujet avant de demander au Conseil général la même mesure dans le Loiret, on pourrait croire qu'elle peut entraîner une dépense élevée pour le département. — Les termes mêmes du rapport de M. Bourneville indiquent qu'il n'en est pas ainsi.

C'est une mesure qui sera applicable à peu d'enfants. Cette mesure essentiellement humanitaire ne trouvera peut-être pas d'application durant certaines années; mais, une fois adoptée, l'administration sera en mesure, le cas échéant, d'empêcher des familles malheureuses d'être plongées dans une grande désolation.

Depuis dix-huit mois, nous avons la jeune G..., n° 2,384, et plus récemment la jeune A..., n° 2,478, qui auraient pu bénéficier de cette mesure en restant dans les asiles de la Seine, tandis que leurs parents demeurent à Paris. La mère de l'une s'impose les plus grands sacrifices pour venir la voir tous les six mois ; l'autre ne sera probablement jamais visitée par ses parents, trop pauvres pour faire la dépense du voyage.

A propos de cette demande de M. le docteur Riu, le rapport préfectoral s'exprime ainsi :

« Le prix très élevé demandé par les asiles de Paris ou de la banlieue ne permet pas au Loiret qui supporte les frais de l'internement, de céder à cette considération humanitaire. La proposition de M. le Dr Riu ne pourrait donc être accueillie que dans le cas où l'administration préfectorale de la Seine voudrait bien continuer l'application d'une mesure qu'elle avait prise en 1881, et qui consisterait à maintenir dans ses asiles, au même prix que celui exigé par l'asile du département où l'enfant aliéné a son domicile de secours, tout jeune malade dont les parents résideraient depuis deux ans au moins à Paris ou dans les environs. J'aurai soin, le cas échéant, de faire une démarche dans ce sens auprès de mon collègue de la Seine. »

La proposition de M. le Dr Riu, reproduisant, ainsi qu'il le

rappelle, la proposition que nous avons fait adopter dans le temps par le Conseil général de la Seine, mérite d'attirer sérieusement l'attention des médecins-directeurs des asiles publics de France. Mieux que les préfets en effet, ils sont en mesure d'observer les graves inconvénients qui résultent des transferts des enfants de leur département d'origine, loin de leurs familles. C'est aux médecins-directeurs de plaider la cause de ces malheureux dans le compte moral qu'ils adressent à l'administration préfectorale à propos du budget de leurs établissements. C'est pour les aider dans cette tâche que nous revenons sur cette question. M. Bœgner, préfet du Loiret, a répondu que « la proposition de M. le Dr Riu ne pouvait être accueillie que si le département de la Seine voulait bien continuer l'application de la mesure prise en 1881, et qui consiste à maintenir dans ses asiles, au même prix que celui exigé par l'asile du département où l'enfant a son domicile de secours, tout jeune malade dont les parents résident depuis deux ans au moins à Paris ou dans les départements ».

Nous répondrons à M. le préfet du Loiret que le département de la Seine a maintenu sa décision et qu'il ne réclame au département d'origine que le prix de journée que son département paie dans son asile, prenant à sa charge le surplus de la dépense. Il lui est donc loisible, puisqu'il est si bien disposé, de maintenir dans les asiles de la Seine les enfants originaires du Loiret qui remplissent les conditions fixées par le Conseil général de la Seine. L'occasion s'en présente dès maintenant au sujet d'un enfant, Marie Beyn..., hospitalisée à la Fondation Vallée, annexe de l'hospice de Bicêtre.

Si les préfets étaient exactement renseignés par la direction de l'hygiène et de l'assistance publique de France, il y a longtemps que la mesure humanitaire prise par le Conseil général de la Seine serait appliquée. En le faisant, M. Monod accomplirait une œuvre utile et rendrait service à de nombreuses familles. B.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — Le D[r] Nicoulan, médecin-adjoint à l'asile public de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est promu à la classe exceptionnelle, à partir du 1[er] mai. (Arrêté du 12 mai 1892.) — Le D[r] Caillau, directeur-médecin de l'asile public de Saint-Lizier (Ariège), nommé médecin en chef de l'asile public de Castillac (Gironde), est compris dans la 2[e] classe. — Le D[r] Belle, directeur-médecin, est nommé de l'asile public de Sainte-Catherine (Allier), à l'asile public de Saint-Lizier et maintenu à la 2[e] classe. — Le D[r] Nolé, médecin-adjoint à l'asile public de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé directeur-médecin de l'asile public de Sainte-Catherine (Allier) et compris dans la 3[e] classe. (Arrêté du 22 juin.)

Asile d'aliénés de la ville de Londres a Stone. — Le rapport fait pour l'année 1891 établit que la situation sanitaire des malades a été bonne. Les décès, comme pour les années précédentes, furent au-dessous de la moyenne, c'est-à-dire : 4,34 p. 100 du nombre de malades en traitement, contre 8,19 p. 100 dans les autres asiles.

Pour ce qui a rapport à l'admission de malades privés (particuliers), on a émis le vœu qu'on donnât toutes facilités aux personnes résidant à Londres ou à proximité pour permettre aux familles de placer leurs parents dans n'importe quel asile, et on vota cette résolution, que l'on recevrait des malades particuliers au taux d'une guinée par semaine. Les dépenses, pour l'année, s'élevèrent à 17.400 livres sterling. (*The Lancet*, 7 mai 1892.)

Asile d'État pour les épileptiques. — Un millier d'épileptiques sont attendus pour entrer dans l'asile pour les épileptiques qui vient d'être érigé à Gallipolis, O. C'est la première institution de ce genre érigée dans cette contrée. (*Medical Record*, 11 juin.)

Asile d'idiots a Earlswood, Bedhill. — Le rapport annuel montre que, pendant l'année dernière, le travail a été en progrès constant dans toutes les décisions de cet établissement. Il y a été fait des admissions de toutes les classes de la société.

Des modes d'enseignement, à la fois physique et mental, ont été couronnés d'un succès complet, et 2,810 malades ont été traités depuis 45 années que cet établissement existe. La fête anniver-

saire a eu lieu à l'hôtel de Savoie, sous la présidence de M. Alderman Faudell Phillips. Dans les différents toasts portés à « l'asile d'Earlswood, au conseil de direction et au personnel », le président a, dans des termes chaleureux, vivement remercié le public pour son concours pécuniaire. Les souscriptions annoncées se sont élevées au delà de 2,000 livres sterling. (*The Lancet*, 7 mai 1892).

Faculté de médecine de Paris. — M. Gilbert Ballet, agrégé près la Faculté de médecine de Paris a été chargé d'un cours de clinique de pathologie et des maladies de l'encéphale à ladite Faculté, pour suppléer M. Ball, qui est en congé sur sa demande, pour cause de maladie.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr Aug. Voisin a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 19 juin à dix heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Clitoridectomie. — Cette opération, dit le *Medical Standard* (de Chicago), de juin, a été pratiquée fréquemment dans le traitement de la nymphomanie. Au point de vue de la psychiatrie cette opération n'est pas bien fondée, excepté dans les cas où il y a une irritation locale bien nette. Les femmes égyptiennes sont clitoridectomisés dans l'enfance, et cependant le Dr Peterson (*Medical Record*) a trouvé que la nymphomanie était fréquente parmi elles.

Nécrologie. — « Th. Meynert, professeur de psychiatrie à l'Université de Vienne est décédé en cette ville le 31 mai dernier. La science médicale perd en lui, dit le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, le fondateur de l'anatomie moderne du cerveau et la psychiatrie, un des plus grands génies qu'elle ait jamais comptés. C'est par le concours de ses travaux anatomiques que la physiologie cérébrale prit un essor nouveau. C'est par son esprit génial que la clinique des maladies mentales prit une direction toute nouvelle.

« Pendant environ trente ans, Meynert occupa la chaire des maladies mentales à l'Université de Vienne. Il est impossible de décrire le succès que remporta son enseignement sans en avoir été un témoin oculaire et nous nous rappelons avec bonheur la période florissante où le célèbre professeur réunit autour de lui non seulement la jeunesse médicale de son Université, mais encore des médecins aliénistes, mûris par l'âge et venant de tous les pays du monde entier pour se perfectionner par la parole du grand maître. Le nombre des travaux qu'il a publiés est immense. Meynert fut le fondateur du *Jahrbuch für Psychiatrie* qui jouit d'un si légitime succès. » (*Bull. Soc. Méd. Ment. de Belgique.*)

J.-B. Charcot et Georges Guinon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie l'hystérie et l'idiotie*, compte rendu du service des enfants idiots épileptiques et arrivés de Bicêtre pendant l'année 1890, avec la collaboration de MM. CAMESCASSE, ISCH-WALL, MORAX, RAOULT, SÉGLAS et SOLLIER, 1 fort volume de LX-240 pages, avec 16 figures et 10 planches. — Prix : 6 fr.; pour nos abonnés, prix : 4 fr.

BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques et thérapeutiqnes sur l'hysthérie et l'idiotie*. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérét de Bicêtre pendant l'année 1891, avec la collaboration de MM. BANZET, ISCH-WALL, RAOULT, R. SOREL et P. SOLLIER. Volume in-8° de CVIII-144 pages, avec 2 planches et 13 figures. — Prix : 5 fr. pour nos abonnés.

CATTANI (G.). — *Algometria e Nuovo Algometro*. Brochure in-8° de 12 pages, avec une figure. — Milano, 1892. — *Litografia dell' antica casa Editrici Dott. F. Vallardi.*

CHARCOT (J.-M.). — *Leçons du mardi à la Salpêtrière*. Notes de cours de MM. BLIN, CHARCOT et COLIN, *Seconde* édition, 1 vol. in-4° de 502 pages, avec 101 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, 1892. — Aux bureaux du *Progrès médical*. Pour les abonnés des *Archives*, 16 fr.

CHARCOT (J.-M.). — *Clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière*. Leçons du professeur, mémoires, notes et observations des années scolaires 1889-90 et 1890-91, publiés sous la direction de Georges GUINON, chef de clinique, avec la collaboration de MM. GILLES DE LA TOURETTE, BLOCQ, HUET, PARMENTIER, SOUQUES, HALLION, J.-B. CHARCOT et MEIGE. Tome Ier. — Un beau volume de 468 pages avec 47 figures et 3 planches. — Prix : 12 fr. — Aux bureaux du *Progrès médical*. Pour les abonnés des *Archives*, 8 fr.

DONATH (J.). — *Hysterische Pupillen und Accommodations lahming, geheit durch hypnotische Suggestion*. Brochure in-8° de 13 pages. — Budapest, 1892. — *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk unde.*

EDINGER (L.). — *Zwolf vorlesungen über den bander nervosen centralorgane für arzte und studirende*. Volume in-8° de 196 pages, avec 139 figures. — Prix : 8 fr. 75. — Leipzig, 1892. — Verlag (F.-C.), W. Wogel.

FREUND (C-S.). — *Schemata zur eintragung von sensibilitætsbefunden*. Carnet de 40 schémas, in-8°, oblong. Berlin, 1892. Verlag A. Hirschwald.

FRIEND'S ASYLUM (*Reports*) *for the Insane*. Brochure in-8° de 28 pages, avec 6 figures. — Philadelphie, 1892. — Printed by G.-H. Buchanan and C°.

GRASSET. — *Un cas de maladie de Morvan*. Leçons recueillies par GUIBERT (H.). Brochure in-8° de 26 pages, avec 3 planches hors texte. — Paris, 1892. — Librairie G. Chanon.

GRASSET. — *Quelques cas d'hystérie mâle et de neurasthénie*. Leçons recueillies par JEANNEL (S.). — Brochure in-8° de 88 pages. — Paris, 1892. — Librairie G. Chanon.

GUERMONPREZ (FR.). — *Un mot sur Laënnec*. Brochure in-8° de 28 pages, avec 6 figures. — Lille, 1892. — L. Quarré.

KNAPP (P.-C.). — *Astasia-abasia. With the report of a case of paroxysmal trepidant. Abasia associated with paralysis agitans.* Brochure in-8° de 31 pages, avec 3 figures. — New-York, 1891. — *Journal of Nervous and Mental disease.*

MARIE (P.). — *Leçons sur les maladies de la moelle.* — Volume in-8° de 504 pages, avec 244 figures. — Prix : 15 fr. — Paris, 1892. — Librairie G. Masson.

OPPENHEIM (H.). — *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklinik der Charité in der 8 jahren* 1882-1891 *gesammelten Beolochtimgen.* Volume in-8° de 253 pages. — Berlin, 1892. — Verlay. A. Hirschevald.

PRONIER (E.). — *Etudes sur la contagion de la folie.* Volume in-8° de 93 pages. — Genève, 1892. — H. Stapelmohr.

RAYNAUD. — *Troubles oculaires de la Malaria.* Volume in-8° de 100 pages. Paris, 1892. — H. Jouve.

ROUSSELET (Albin). — *Les secours publics en cas d'accidents.* Volume in-8° de 150 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1892. — Policlinique de Paris, 28, rue Mazarine, et Société d'éditions scientifiques, rue Antoine-Dubois.

SCHULTZE (F.). — *Uber die heilwirkung der electricität bei Nerven-und Muscul leiden.* Brochure in-8° de 29 pages. — Prix : 1 fr. — Wiesbaden, 1892. — *Bergmann.*

SÉGLAS (J.). — *Du mutisme mélancolique.* Brochure in-8° de 13 pages. — Paris, 1892. — *Annales médico-psychologiques.*

SÉGLAS. — *Les troubles du langage chez les aliénés.* Volume in-12 cartonné, de 304 pages, avec 17 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1892. — Librairie Rueff et Cie. *Bibliothèque* CHARCOT-DEBOVE.

SÉGLAS (J.). — *De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante.* Brochure in-8° de 12 pages. — Paris, 1892. — *Extrait des Annales médico-psychologiques.*

SOLLIER (P.). — *Les troubles de la mémoire.* Volume in-12 relié, de 262 pages, avec 35 figures. — Prix, 3 fr. 50. — Paris, 1892. — Librairie J. Rueff et Cie. Ce volume fait partie de la *Bibliothèque* CHARCOT-DEBOVE.

AVIS A NOS ABONNÉS. — L'échéance du 1er **Juillet** étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 p. 100 prélevés par la poste et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le 25 **Juillet**, augmentée de **un franc** pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

Evreux Ch. Hérissey imp. — 792.

Vol. XXIV. Septembre 1892. N° 71.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE MENTALE

DE L'ONOMATOMANIE (suite)[1];

Par MM. CHARCOT et MAGNAN.

III. — Signification particulièrement funeste de certains mots (pensés, prononcés, lus, écrits) mots compromettants.

L'onomatomanie se traduit dans ce groupe de déséquilibrés par une terreur, une crainte folle de certains mots auxquels ils attribuent une sorte de pouvoir maléfique, tantôt sur eux-mêmes mais plus souvent sur un parent, un ami et parfois aussi sur des personnes étrangères.

Ces mots se rapportent habituellement aux cérémonies funèbres, à la mort, d'autres fois à l'enfer, au diable, aux crimes, etc.; et les préoccupations qu'ils éveillent sont excessivement pénibles, même chez les individus non superstitieux, très surpris eux-mêmes de l'angoisse et de la profonde épouvante que ces craintes chimériques leur inspirent.

Une fois en butte à ces préoccupations maladives,

[1] Voy. *Arch. de Neurol.*, n° 29, sept. 1885, p. 157, et n° 70, 1892, p. 1.

ils se tiennent constamment sur le qui-vive! Ils s'efforcent eux-mêmes de ne pas réfléchir, de ne pas penser pour que ce mot malfaisant n'intervienne point dans le cours des idées; ils n'osent pas sortir craignant de l'entendre prononcer; chez eux, ils s'isolent, restent silencieux, redoutant de parler ou d'entendre parler leur entourage, car le mot pourrait par mégarde, malgré toutes les précautions et les recommandations, se glisser dans la conversation. Dès que le mot apparaît, dès que le centre cortical l'a recueilli, que le mot vienne du dedans ou du dehors, instantanément, sans réflexion, le malaise se produit et le patient s'angoisse, tout en reconnaissant l'absurdité de son inquiétude.

Parfois il suffit d'un dessin, d'une image rappelant un mot funeste, pour provoquer le malaise : c'est ainsi qu'une dame était péniblement impressionnée à la vue d'une affiche de théâtre, surmontée de l'image de Méphistophélès pour une représentation de *Faust*. Un autre malade ne pouvait pas voir une carte ou une lettre bordées de noir; la vue d'un enterrement le bouleversait et il courait s'enfermer chez lui.

L'état d'angoisse est tel que rien ne leur coûte pour éviter le mot malfaisant, non seulement, ils cessent de lire, d'écrire, mais limitent parfois à quelques paroles indispensables les relations avec leur entourage. Une dame ne voulait jamais s'endormir avant minuit, afin, disait-elle, de commencer la journée par de bonnes pensées. Elle craignait, en s'endormant avant minuit, de se laisser surprendre, au réveil, dans la matinée, par un mauvais mot qui exercerait une influence fâcheuse sur tous les événements de la jour-

née. Une autre onomatomane, de retour d'une visite pendant laquelle elle se souvient avoir prononcé le mot « *mort* », s'imagine qu'elle va porter malheur à l'amie visitée qui tombera en léthargie et sera enterrée vivante. Elle se couche très soucieuse, mais à peine au lit, elle s'angoisse, se sent suffoquée, ne peut plus y tenir, se relève brusquement, se rhabille et court chez son amie, s'assure qu'elle est vivante et bien portante, éprouve, dit-elle, un immense soulagement et rentre heureuse chez elle.

D'autres fois ces malades s'imaginent que l'influence funeste du mot non seulement peut s'exercer sur les personnes, mais peut encore transmettre aux actes et aux choses une vertu malfaisante, si bien qu'ils recommencent les actes accomplis pendant l'émission du mot, que quelques-uns se dépouillent des vêtements portés à ce moment et refusent obstinément de s'en servir sous prétexte qu'ils pourraient opérer des maléfices. Une dame du monde avait successivement donné toutes ses robes, ses jupes, ses chemises et le jour de la consultation médicale elle ne portait qu'un peignoir acheté le matin même, c'était, dit-elle en souriant, toute sa garde-robe, elle avait dû successivement se débarrasser de tous ses vêtements contaminés, par le mot malfaisant; elle avait abandonné sa dernière robe, d'ailleurs toute neuve parce qu'elle avait lu sur une grande toile étalée devant une baraque de saltimbanques une inscription en grosses lettres « les crimes célèbres ». Elle sait bien, dit-elle, que tout cela est insensé, mais elle ne peut pas agir différemment, et malgré tous ses efforts elle ne peut pas s'empêcher de se demander : « Mais, si c'était vrai? ».

OBSERVATION XVII. — *Doute dès quatorze ans; répétition des prières; quelques années après, onomatomanie, mots compromettants; images ou inscriptions malfaisantes, poussant à la répétition des signes de croix, à l'abandon des vêtements, à la suspension d'un repas ou, au contraire, à la reprise d'un repas terminé. Angoisse avec la résistance. Réveil, jusqu'à minuit pour commencer la journée sur un mot ou une pensée, sans signification mauvaise. Vertu maléfique du nombre* 13.

Mme R..., âgée de cinquante-trois ans, nous a été adressée au mois de septembre 1887, par notre confrère M. le Dr Cherchewsky de Saint-Pétersbourg. Elle est née d'un père fort irritable, plus âgé de trente ans que la mère sur la santé de laquelle on n'a pas pu avoir des renseignements précis.

Mme R., dès quatorze ans, est en proie *au doute;* elle se montre scrupuleuse, hésitante, s'interroge sans cesse; craint de mal faire ses prières, les répète fréquemment et parfois même l'aube la surprend encore agenouillée dans sa chambre, n'ayant pas réussi à réciter, en entier, une prière qui ait pu la satisfaire.

A dix-huit ans, à l'époque de ses fiançailles, ses craintes redoublent, parce qu'elle se figure qu'une prière mal faite porterait malheur à son futur époux.

Peu à peu certains mots ou certains noms acquièrent à ses yeux une influence néfaste soit pour elle-même, soit pour les autres, quoiqu'elle ne soit pas superstitieuse, quoiqu'elle considère comme profondément ridicule l'idée d'accorder une puissance maléfique à un mot quelconque, elle n'en est pas moins préoccupée lorsque intervient un mot tel que : *cercueil, mort, assassinat, diable,* etc.

Tout d'abord, il s'agissait d'un mot entendu ou lu ou bien prononcé ou écrit par mégarde, puis, c'est l'objet ou l'image de l'objet représenté par le mot, par exemple le Méphisto, de *Faust*, peint dans un tableau ou sur une affiche de théâtre; ou bien encore une affiche portant les « crimes célèbres ». Enfin parfois c'est la simple pensée d'un de ces mots ou d'un crime ou d'un événement triste.

Tout acte commencé avec une pensée ou un mot compromettant doit être recommencé. En effet, si pendant qu'elle brode, le mot diable intervient, elle s'imagine que si elle continue sa broderie et complète son point, elle scelle en quelque sorte l'acte et expose à un malheur les siens ou elle-même. Si elle s'habille, si elle met son chapeau ou tout autre objet et qu'un mot compromettant surgisse, elle doit recommencer pour conjurer le malheur. Il en est de même pour une acquisition faite dans un magasin, sous le coup d'un mauvais mot. Mme R. laisse là son emplète. n'y touche plus, et finit par donner l'objet acheté à un pauvre. Cette fois, dit-elle en souriant, j'ai, au moins, dans ma manie, la

satisfaction de faire du bien à quelqu'un. Il en a été ainsi pour une robe qu'elle n'a pas voulu mettre, parce qu'au moment où on la coupait, elle avait eu une mauvaise pensée.

Si elle veut passer outre, elle éprouve un malaise extrême, de la chaleur à la tête, de la rougeur à la face, des palpitations, un serrement à l'estomac; une angoisse qui l'empêche de manger, de songer, de réfléchir à quoi que ce soit, de s'occuper à quelque chose et même de dormir. Aussi reste-t-elle éveillée jusqu'à minuit, afin de bien commencer la journée, de crainte que dormant à minuit, au commencement du passage d'une journée à l'autre, elle n'ait une mauvaise pensée au réveil (la première pensée du jour) qui porterait malheur à toute la journée.

Si pendant qu'elle découpe la viande servie dans son assiette, se produit une mauvaise pensée, elle ne mange plus et ne touche plus à l'assiette, lors même qu'elle a faim; d'autres fois, elle mange au delà de son appétit, pour ne pas finir son repas sur une mauvaise pensée.

Pour contre-balancer l'influence fâcheuse de ces mots, images, pensées et en conjurer les funestes conséquences, Mme R., en dehors de la répétition des actes fait des prières mentales et des signes de croix; elle se cache, croit les mal faire, et les répète jusqu'à cinq cents et mille fois. Elle obtient de temps à autre de son mari, qui a pour elle une vive affection, qu'il répète lui-même le signe de la croix pour être bien sûre qu'il est bien fait, et celui-ci la voit par moments si malheureuse, qu'il se prête à ses exigences maladives.

Elle est, en outre, obsédée quelquefois par le nombre treize, auquel elle attribue également une influence malfaisante ou funeste. Par périodes, cette obsession du treize devient insupportable, parce qu'elle intervient dans tous les actes de la vie.

A table, si les convives sont en nombre inférieur à treize ou dépassent ce chiffre, elle est poussée malgré elle à tenir compte des domestiques et son esprit inventif s'applique à de telles combinaisons qu'elle finit par arriver soit à treize, soit à un multiple de treize; effrayée, elle cesse alors de manger, s'angoisse, se lève et s'éloigne. Lorsque les recherches n'aboutissent pas au chiffre treize pour le nombre des convives, le 13 intervient néanmoins à propos du treizième morceau découpé, de la treizième bouchée, etc.

S'il s'agit d'écrire, le treizième mot ou la treizième ligne deviennent un objet de crainte et tantôt elle s'arrête au douzième mot, tantôt, quand elle est parvenue à franchir cette première difficulté, elle se trouve très perplexe à la treizième ligne.

Le montant d'une acquisition dans lequel figure le chiffre treize suffit à faire immédiatement abandonner ce qui vient d'être acheté.

Les réceptions chez elle, les bals provoquent un extrême malaise

au moment où arrive le treizième invité, elle redoute un malheur pour lui ou pour les siens et c'est en tremblant qu'elle l'accueille et le salue.

Elle a refusé une consultation médicale le treize, elle n'aime pas non plus à recevoir le médecin le vendredi. Elle a pleine conscience de son état, regrette ces craintes puériles, ces préoccupations et ces actes bizarres, s'en attriste mais il lui est impossible, dit-elle, d'agir différemment.

La folie du doute nettement dessinée à quatorze ans est suivie quelques années après d'onomatomanie et le mot compromettant ne tarde pas à envahir la vie entière de la malade; tous les actes quels qu'ils soient, sont à l'avenir entravés par cette obsession maladive. Mme R..., ne peut s'habiller, se déshabiller, parler, sortir, faire une emplète, manger, se coucher, etc., sans être forcée de compter sur le mot compromettant dont elle cherche à conjurer les effets par les pratiques les plus bizarres. Elle s'y abandonne d'autant mieux que son entourage, son mari même au lieu de l'exhorter à la résistance, a la faiblesse de lui prêter son concours et en arrive à faire avec elle des signes préservateurs de croix.

OBSERVATION XVIII. — *Déséquilibration mentale et doute dès le jeune âge. Amélioration en 1870 sous les drapeaux. Anomatomanie; mots compromettants; crainte du mot prononcé pesant sur les actes. Phrases préservatrices. Crainte du toucher. En dernier lieu, idées de persécution.*

M. S..., âgé de quarante-six ans, se montrait dès son enfance scrupuleux et méticuleux dans ses actes. Il était lent à faire toutes choses, les répétait quelquefois, ne croyait jamais avoir assez bien fait.

A douze ans, au collège, le directeur eut l'idée de faire défiler tous les élèves devant le corps d'un camarade qui venait de mourir. Cette cérémonie l'impressionne beaucoup et à partir de ce moment, il devient plus triste, plus pointilleux, répète quinze, vingt fois ses prières, ne croyant jamais les avoir suffisamment bien faites; le soir, il inspecte la maison avant de se coucher par crainte du feu, ouvre

plusieurs fois les portes pour s'assurer que le feu n'a pas pris au grenier ou ailleurs. Il se préoccupe de sa santé, deux ou trois heures après des repas très suffisants, il se sent faible, l'estomac vide, craint de tomber en défaillance et s'empresse de manger.

En 1870, il reste sous les drapeaux pendant toute la durée de la guerre, comme simple soldat et ce nouveau genre de vie lui est des plus favorables; à la fin de la campagne il était presque affranchi de ses doutes, de ses scrupules, de ses hésitations, de ses répétitions; mais rentré chez lui, il reprend son existence désœuvrée et tous ces syndromes ne tardent pas à revenir et même à s'aggraver.

Il se montre très occupé et ainsi que nous le disait notre distingué confrère le Dr Edouard Labbé qui lui donnait des soins, il tombe dans une profonde tristesse à propos de tout ce qui rappelle... ce qui succède à la vie.

Il s'angoisse, en effet, dès qu'un mot triste tel que *cercueil*, *enterrement*, *noir* et surtout *mort* se trouve dans ses lectures ou est prononcé dans une conversation ou même qu'il se présente à son esprit. Il redoute un malheur et si, à ce moment il pense à un parent, à un ami, il s'imagine, qu'il leur arrivera un accident, qu'il sera cause de leur mort. Il fait alors tous ses efforts pour chasser le mot de son esprit, il marmotte une série de mots insignifiants : *histo*, *histoire*, *historien; nost*, *nostal*, *nostalgie*, etc., et ne se calme qu'après la disparition du mot compromettant.

La crainte de ce mot pèse sur tous ses actes. Il n'ose jamais changer d'habits redoutant un mot compromettant pendant qu'il endosse les vêtements neufs, et c'est ainsi qu'il conserve une partie de l'hiver les vêtements d'été et en été les vêtements d'hiver. Si après avoir mis un nouveau costume, il entend un mot compromettant, ou s'il aperçoit un enterrement, ou une lettre, une carte bordées de noir, il se débarrasse rapidement de ses habits que le mot ou la chose triste ont rendus, pense-t-il, dangereux et ne les remet jamais plus.

Le chant du coq, l'aboiement du chien, s'ils coïncident avec un mot compromettant, causent une vive angoisse, ou bien, au contraire, amènent le calme s'ils surprennent le malade avec une pensée agréable.

La moindre action devient impossible et insupportable pour le patient, il est poussé à la répéter jusqu'à ce qu'il puisse la faire sur une bonne pensée et il arrive à ne plus pouvoir l'accomplir qu'après épuisement, après une lutte terrible. Il ne peut presque plus se lever tout seul ; il est parfois des heures entières à mettre sa chemise, ses souliers. Si au moment de passer une porte, un mot compromettant survient, il revient un très grand nombre de fois en arrière jusqu'à ce qu'une pensée indifférente ou plus gaie lui permette de la franchir sans conséquences funestes. En parlant, il en est de même, il s'interrompt parfois dans le cours de la

conversation et souvent marmotte promptement quelques mots pour effacer l'image tonale pénible et reprend la conversation interrompue.

Depuis quelque temps il a la crainte du toucher et pour éviter le contact des pièces de monnaie, il charge son domestique de régler toutes ses dépenses. Il reconnaît que tous ses actes sont ridicules il les déplore mais ne continue pas moins à les accomplir.

Depuis longtemps il a cessé d'écrire, de lire, il fuit la société, ne trouve du plaisir qu'à la chasse qui lui permet d'errer seul dans la campagne ou au fond des bois et éviter ainsi, dit-il, les occasions de se tourmenter. Du reste, à diverses reprises, il a cru que les gens prononçaient intentionnellement des mots compromettants, et il a parfois manifesté une vive colère et même des menaces.

La folie du doute se développe dès l'âge de douze ans chez ce malade et c'est à vingt-six ans, que l'onomatomanie intervient avec la crainte obsédante du mot compromettant. Il cherche d'abord le moyen de s'en affranchir et pour débarrasser son esprit du mot funeste, il répète des séries de syllabes et de mots. Beaucoup de dégénérés syndromiques cherchent à combattre les obsessions par des moyens analogues et Legrand du Saulle, parmi les nombreuses observations réunies dans son mémoire sur la folie du doute avec délire du toucher, signale des malades qui s'affranchissent de l'obsession tantôt en récitant des pages entières d'un auteur favori, tantôt en chantant la *Marseillaise* ou des chansons de Béranger.

Observation XIX. — *Dégénérescence mentale : dès l'âge de quinze ans, délire du toucher; puis crainte du mot compromettant; précautions infinies pour conjurer l'influence néfaste de certains objets, de certaines images, de certaines inscriptions. Doute.*

Mme D..., âgée de trente-trois ans, est en proie depuis l'âge de quinze ans, à la crainte obsédante du toucher. Elle ne touche les boutons de porte qu'après s'être enveloppée la main avec un pan de la robe; elle ne peut toucher les pièces de monnaie; elle essuie un grand nombre de fois son verre, son couvert, chaque assiette. Plus tard, elle n'est pas seulement angoissée par le contact, mais

la simple vue de certains objets, de ceux, par exemple, qui servent aux pompes funèbres, le cercueil, les voitures de deuil, les tentures noires et aussi les employés et surtout les croque-morts. Dès qu'elle aperçoit un enterrement elle rentre chez elle et se livre à de nombreux lavages de tout le corps.

Plus tard, au délire du toucher s'ajoute une autre préoccupation, c'est la crainte que la vue d'une image à caractère pénible, que le récit ou la lecture d'un événement fatal, ou même un mot rappelant des choses tristes, ne portent malheur aux autres ou à elle-même, et pour se débarrasser de cette maléfique souillure, non seulement elle se lave, mais encore elle abandonne les vêtements et le linge portés à ce moment.

Si elle remettait cette robe, dit-elle, elle éprouverait un malaise extrême, comme un frisson des pieds à la tête, une barre à l'estomac, des suffocations; et lorsque dans les cas analogues, elle veut passer outre, ces malaises deviennent tellement pénibles qu'elle ne peut s'empêcher de songer à la mort et qu'elle a même pensé pour se délivrer à se précipiter par la fenêtre.

« Tenez, Monsieur, ajoute-t-elle, cette robe que vous me voyez a été achetée ce matin et je porte, dessous, une chemise de laine achetée également ce matin; j'ai dû me défaire de tout le reste. En passant hier à la barrière du Trône, en voiture, j'ai eu le malheur de jeter les yeux sur une baraque surmontée de l'enseigne « les crimes célèbres », j'ai été prise d'une vive inquiétude, et rentrée chez moi, je me suis dépouillée de tout ce que je portais et me suis livrée à des lavages sans fin. Assurément, c'est insensé, ça ne signifie rien, ma conduite est ridicule, mais je souffrirais trop si je conservais ces vêtements. »

Mme D... a souvent du doute, recommence fréquemment les mêmes actes; chez les marchands, elle craint toujours de ne pas donner ce qui est dû; quand on lui rend la monnaie qu'elle touche avec des gants seulement, elle compte plusieurs fois, pour s'assurer qu'on ne lui a pas rendu plus qu'il ne fallait.

Des scrupules et des craintes s'éveillent à propos d'idées parfois bizarres; après la visite d'un ami, pendant qu'il descend, elle se dit, s'il se cassait la jambe dans l'escalier, peut-être m'arriverait-il quelque chose d'heureux; et aussitôt elle se reproche cette pensée, redoute de porter malheur, fait des prières, répète plusieurs fois les mêmes actes pour conjurer l'accident.

A propos des objets à influence funeste, une sorte de contamination s'étend parfois, non seulement aux choses en contact avec l'objet, mais même à tout ce qui l'environne. On remet un jour à Mme D... des enveloppes pliées dans un journal illustré représentant la chambre occupée par les victimes de l'assassin Pranzini; elle ne peut plus toucher à ces enveloppes ni à aucun objet placé dans le même secrétaire; ses papiers d'affaires sont là, mais depuis plu-

sieurs mois elle n'ose y toucher et perd ainsi des sommes importantes. Elle va passer l'été au Tréport, mais au retour, non seulement elle ne veut plus rentrer dans son appartement où se trouve le numéro du journal illustré compromettant, mais encore, elle fait vendre à des prix dérisoires tout son mobilier et toute sa garderobe. Elle refuse de voir sa sœur qui continue à occuper un appartement sur le même palier que le sien.

Mme D... s'était mariée à dix-sept ans, à un propriétaire russe fort riche mais très original; celui-ci, en effet, dès la fin de la première année cesse sans motif apparent toute relation sexuelle; il continue à montrer à sa femme, la plus vive affection. Ils vivent dans un grand luxe, ont de magnifiques équipages, mais ils se promènent seuls, et vont seuls au bois de Boulogne et ne reçoivent chez eux jamais personne. Au bout de huit ans le mari meurt lui léguant sa fortune, c'est à partir de ce moment surtout qu'elle devient l'esclave de ses tyraniques obsessions et impulsions.

Cette malade livrée à elle-même pousse à l'extrême limite la crainte du toucher; de même les images et les mots compromettants deviennent chez elle de véritables souillures dont elle cherche à tout prix à se débarrasser pour conjurer leur influence maléfique. Les angoisses sont parfois si pénibles qu'elles font naître des idées de suicide.

OBSERVATION XX. — *Mère dégénérée, syndromique. Mme D..., déséquilibrée dès l'enfance, scrupuleuse. méticuleuse. Crainte du mot compromettant. Folie du doute. Influence active des causes morales sur le retour des syndromes.*

Mme D..., âgée de soixante ans, a toujours été méticuleuse et émotive. Sa mère déséquilibrée avec du doute et de l'arithmomanie, avait complètement troublé sa fille au moment de la première communion; elle l'invitait à des examens réitérés de conscience sur de minutieux questionnaires qu'elle avait rédigés elle-même. Une de ses nièces est somnambule.

Dès son enfance, elle a eu des scrupules religieux que les conseils inopportuns de la mère n'ont fait qu'exagérer; elle était constamment poursuivie par la crainte du mal et la peur de se compromettre. A treize ans, elle avait été vivement impressionnée par des conversations tenues en sa présence sur des enterrements précipités, de longues léthargies, des voyageurs retrouvés sous les glaces avec les apparences de la vie, etc., sur les phénomènes du magnétisme et du somnambulisme. Ces impressions quoique vives ont été très fugitives à ce moment, mais sont revenues à diverses reprises, préoccupant fortement la malade qui n'osait pas en parler à son mari, mais en entretenait avec beaucoup de détails sa sœur.

A trente-huit ans, à la suite de chagrins causés par des malheurs de famille, l'idée obsédante d'enterrements précipités, d'enterrements de gens vivants s'est emparée de son esprit. Elle s'est imaginée qu'elle pouvait être cause elle-même de ces accidents par la seule présence dans son discours, d'un mot triste tel que : *mort*, *enterrement*, *cercueil*. L'une de ses paroles pouvant avoir pour conséquence de faire enterrer avec les apparences de la mort, une personne vivante en léthargie. Aussi prête-t-elle la plus grande attention à chacune de ses phrases, à chacun de ses mots, dans la conversation, mais malgré tous ses soins, et quoiqu'elle ait pris l'habitude de parler très lentement, elle est amenée à prononcer sans s'en apercevoir l'un ou l'autre de ces mots.

Un jour, elle était allé faire une visite à une de ses parentes avec qui elle avait beaucoup causé; le soir, après s'être couchée, elle revient sur la conversation de la journée et elle se souvient, qu'elle a prononcé le mot *mort;* elle en est immédiatement émue, toutefois, elle s'efforce de se rassurer, n'osant se lever à une heure avancée de la nuit, pour constater que rien de fâcheux n'est survenu. Elle cherche vainement à s'endormir, l'inquiétude augmente, l'idée que sa parente est en léthargie, qu'elle peut être enterrée vivante et qu'elle en est la cause la jette dans l'épouvante; effrayée, angoissée, elle saute hors du lit, s'habille à la hâte et sans tenir compte des sages remontrances et des paroles rassurantes de son mari, elle court chez sa parente, réveille tout le monde, pénètre dans la chambre, et éprouve un immense soulagement en l'apercevant vivante et bien portante. Elle revient tranquillement chez elle, se couche et s'endort d'un profond sommeil.

Après cette scène étrange, le mari, sur le conseil des médecins, l'a emmenée à la campagne où, évitant toute visite, ne voyant que peu de monde, elle fait de longues promenades et ne trouve plus ainsi que de rares occasions de s'inquiéter. De temps à autre, elle demande à son entourage, à ses domestiques : Ne vous ai-je pas dit quelque chose de triste? Mais chacun ayant la consigne s'empresse de répondre, sans hésiter, « non, madame ». Ces réponses, nettement formulées, suffisent à la tranquilliser.

Plus tard, elle a des manifestations singulières de folie du doute. Elle se demande si, faisant sa toilette, un fœtus, un enfant ne pouvait pas être jeté dans le seau; elle examine avec le plus grand soin l'eau dont elle s'est servie et exige de sa domestique de nouvelles et attentives vérifications. Sans doute, dit-elle, tout ceci est impossible, mais pourtant si cela était réel! Sur ce *si*, sur cette supposition, son imagination travaille et bientôt la peur la saisit et l'inquiète.

Elle a eu de longues périodes de calme sans idées obsédantes; mais celles-ci reviennent promptement sous l'influence de causes morales pénibles telles que le suicide d'un employé de la maison, la maladie grave d'une nièce, etc.

Ce cas est intéressant par l'hérédité similaire du même syndrome — la folie du doute — chez la mère et la fille; il est remarquable aussi par l'angoisse épouvantable que provoque la crainte du mot compromettant.

L'apparition soudaine d'un mot est parfois le point de départ de préoccupations et d'actes plus ou moins bizarres pour le patient. Le malade suivant est forcé de s'arrêter en chemin, parfois même de reculer ou de remonter un escalier dès qu'un mot mauvais l'obsède.

OBSERVATION XXI. — *Dégénérescence mentale. Soif dominicale des tantes. Crainte du toucher; doute. Onomatomanie, mauvais mots poussant à la répétition des actes.*

M. M..., âgé de trente-cinq ans, dont le frère est mort d'une affection des centres nerveux et la sœur a été prise d'éclampsie pendant ses couches, ne présente du côté des ascendants que deux faits à relever : le père était âgé de cinquante-cinq ans à la naissance du malade, et deux de ses tantes maternelles, fort originales, avaient la singulière habitude de ne boire aux repas qu'une fois par semaine; tous les dimanches, en effet, on ornait la table d'une carafe d'eau et passé ce jour, on ne buvait jamais.

M. M... a eu de bonne heure des rhumatismes et c'est à la suite d'une crise rhumatismale subaiguë qu'il a présenté, pendant six mois, à un degré assez accusé, la crainte du toucher; il se livrait chaque jour à de nombreux lavages. Puis est survenu le doute avec des hésitations incessantes et la répétition fréquente des mêmes actes.

Le jour où il est venu nous consulter, en descendant l'escalier, il s'arrête et remonte brusquement deux marches, en descend cinq ou six et en remonte encore deux ou trois; invité à s'expliquer, il raconte que le mot *orgie* se présentant à son esprit, il avait été obligé de le prononcer et que ne pouvant continuer à descendre sur un mauvais mot il avait remonté deux marches. En pénétrant dans le cabinet, il s'est également arrêté, a fait deux pas en arrière, puis est rentré tout à coup, cet arrêt et ce recul étaient encore dus à l'intervention d'un mot. Plus tard à la suite de manifestations graves de syphilis cérébrale, ces syndromes se sont notablement amendés.

Nous devons noter dans ce fait, l'étrange bizarrerie des tantes maternelles qui ne consentaient à boire aux repas que le dimanche seulement.

OBSERVATION XXII. — *Dégénérescence mentale; folie du doute; impulsions; hurlements subits; rires et pleurs involontaires; arithmomanie; crainte du toucher; onomatomanie; mots pouvant porter malheur; accès de délire mélancolique; accidents hystériques.*

P... (Adèle), femme V..., entre à Sainte-Anne le 31 octobre 1891. Son grand-père paternel, faible d'esprit, croyait aux revenants et aux sorciers; son père et son oncle paternel sont alcooliques. La mère, déséquilibrée, a toujours eu des idées bizarres. Un oncle maternel, peureux et superstitieux, ne pouvait coucher seul dans une chambre; il ne restait pas dans une maison où il y avait un mort. Une sœur est morte à cinq ans de fièvre cérébrale.

P..., affectée à l'âge de cinq ans d'une fièvre typhoïde grave, ne pouvait plus, à la convalescence, se tenir debout et a dû réapprendre à marcher.

A dix ans, ont commencé à paraître des obsessions et des impulsions; brusquement elle jetait à terre ce qu'elle tenait à la main, un litre, par exemple; elle saisissait tout à coup un peigne et le cassait; elle se voyait forcée de toucher plusieurs fois de suite le pied du lit ou le pied de la table; elle devait répéter plusieurs fois le signe de la croix. Elle essuie plusieurs fois les verres et les assiettes, elle est elle-même poussée à se laver les mains plusieurs fois.

Très exaltée au moment de sa première communion; elle s'imaginait toujours s'être mal confessée; elle faisait, contrairement à son désir, le vœu de ne jamais se marier, de se faire religieuse. Un peu plus tard apparaît la folie du doute; elle défait et recommence plusieurs fois le même ouvrage; se lève plusieurs fois pour s'assurer que la porte est bien close; fait vérifier par son entou-

rage l'exactitude de l'adresse qu'elle vient d'écrire sur une lettre, dès qu'elle l'a jetée à la boîte, elle se retourne plusieurs fois pour bien s'assurer qu'elle n'est point tombée à terre, parfois même, au moment de rentrer chez elle, elle revient sur ses pas pour revoir la boîte aux lettres.

A dix-huit ans, obsédée par le vœu de ne pas se marier, elle ne sait comment accepter une demande de mariage qui lui agrée ; elle finit par faire ses confidences à un prêtre qui la rassure; mais pendant la cérémonie du mariage, tout en répondant *oui*, elle prétend qu'elle pensait *non*. Elle a donc trompé, dit-elle, son mari et elle n'est pas mariée ; cette idée la poursuit sans cesse, et malgré des confessions réitérées et des absolutions, elle reste fort inquiète et pense parfois au suicide.

Après son mariage, elle conserve les mêmes interrogations et les mêmes hésitations mentales ; elle se relève plusieurs fois la nuit pour vérifier si les portes sont bien fermées, elle se demande si elle est réellement mariée et elle revient sans cesse sur le vœu qu'elle avait fait de ne pas se marier. Par moments, elle pousse tout à coup un grand cri, un véritable hurlement qu'elle ne peut pas réprimer. Parfois aussi elle est prise de rires ou de pleurs involontaires et sans motifs.

Elle est portée à compter les pavés dans les rues, ou les dalles dans une maison, les carreaux des fenêtres, les fleurs du papier d'une chambre, etc.

Pendant ses prières, surviennent brusquement des mots grossiers qu'elle ne peut retenir. Elle attribue à certains mots une influence mauvaise; elle recommence souvent ses lettres par crainte de porter malheur, surtout si elle a été amenée dans quelques-unes de ses phrases, à écrire les mots *mort* ou *enterrement*.

A diverses reprises, elle a eu des périodes de dépression avec des idées mystiques et de persécution ; la crainte d'avoir commis des fautes, du dégoût de la vie et elle a fini par faire plusieurs tentatives de suicide.

Un jour elle a été soumise chez elle à des pratiques d'hypnotisme, et, après un sommeil léthargique, elle a été prise d'une attaque hystérique. Elle a de l'ovarie droite et la sensibilité est diminuée du côté droit du corps.

Chez cette dégénérée se sont développés non seulement des accès de délire mélancolique, mais aussi de nombreux syndromes épisodiques parmi lesquels la crainte du mot compromettant.

Chez une femme de soixante-trois ans, dont nous

avons déjà rapporté l'histoire [1] on constate trois modes de manifestation du mot : la crainte du mot compromettant, la coprolalie et l'écholalie. Elle croit en effet aux mots compromettants et s'imagine que certains mots qu'elle a prononcés exercent une action maléfique sur des parents.

D'autre part, il lui arrive de prononcer sans pouvoir se retenir des mots grossiers : « chameau, vache, cul. » Ces mots arrivent tout à coup à sa pensée, et presque aussitôt ils sont *lâchés*, sans que la malade ait eu le temps de les arrêter. D'autres fois, ils expirent sur ses lèvres et ils ne sont prononcés que mentalement. Elle se sent soulagée pour peu qu'elle les articule. D'autres fois encore, l'obsession seule existe; la volonté conserve encore un peu de son action d'arrêt. Au moment où la malade va prononcer le mot qui l'obsède, on la voit sauter sur sa chaise et dire : « Ah! j'allais dire un mot, je me retiens, je me retiens. »

Pendant quelque temps ces obsessions sont devenues le point de départ d'idées délirantes, mais plus tard, elles sont restées à l'état d'obsessions simples, la malade en ayant entière conscience, reconnaissant leur caractère maladif.

Depuis fort longtemps cette dégénérée était écholalique; quand elle entendait prononcer certains mots, elle était poussée à les répéter. Le mot « maquereau » en particulier, qu'elle entendait crier dans la rue par les marchands de poissons, avait le privilège d'être sur le champ répété.

[1] Magnan. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* Paris, 1891, p. 171.

OBSERVATION XXIII. — *Dégénérescence mentale. Onomatomanie : recherches angoissantes du mot ; crainte du mot compromettant. Arithmomanie. Folie du doute. Pyrophobie.*

M. G..., rentier, âgé de soixante-cinq ans, dont les antécédents héréditaires ne nous sont pas connus, a une nièce atteinte de crainte du toucher, elle ne peut porter la main sur la peau veloutée d'une pêche.

Il a présenté à diverses reprises des périodes de tristesse, quelquefois même des idées de suicide, mais c'est surtout depuis deux ans que se sont montrés les syndromes épisodiques. Depuis cette époque, il est obsédé par la crainte de certains mots qui pourraient porter malheur soit à lui-même, soit à sa famille, soit à d'autres personnes. Il fait tous ses efforts pour les éviter, mais tantôt dans une lecture, il rencontre l'un de ces mots : *mort, enterrement,* etc. D'autres fois, c'est dans une conversation que ces mots sont prononcés. Très péniblement impressionné, il finit par ne plus vouloir lire et pour ne pas entendre prononcer un mot compromettant, il réduit ses entretiens avec son entourage, aux choses indispensables ; il redoute de sortir dans les rues de peur d'entendre l'un de ces mots ou de voir des choses, un convoi funèbre, par exemple, lui rappelant le mot. Malgré toutes ses précautions, il ne parvient pas à éloigner le mot de son esprit et quelquefois celui-ci s'installe brusquement dans sa pensée et restant au premier plan, efface tous les autres souvenirs et devient un sujet de continuels tourments. Il est le premier à reconnaître que ces craintes sont ridicules et absurdes, mais il n'en continue pas moins à en être vivement inquiété et à faire tous ses efforts pour s'en affranchir.

Parfois, c'est tout l'opposé, et comme chez les malades du premier groupe, c'est le mot qui fuit et que G... s'angoisse à rechercher ; c'est un nom de ville, le nom d'un ami, un nom propre dont il n'a, du reste, nul besoin. Plus tard, c'est une phrase insignifiante qu'il entend dans la rue et dont il cherche à se souvenir ; pour eviter cette recherche angoissante, il écrit souvent sur des bouts de papier ces différents noms, ou ce qu'il vient d'entendre.

A divèrses reprises il a eu la crainte du chiffre. Il s'émotionne vivement quand le nombre 13 intervient dans un de ses actes ; au chemin de fer, il lui est arrivé fréquemment de prendre un second ticket, parce que celui qu'on lui avait remis portait le numéro 13, ou 23, ou 33, ou bien parce que l'addition des chiffres composant le nombre, par exemple 274, donnait 13. Si le coq chantait, il attendait qu'il eût chanté plus de trois fois pour commencer un acte quelconque. Il ne pouvait sortir, se lever de table, se coucher, etc., qu'après le quatrième chant du coq. Le 3 et le 13 auraient pu porter malheur.

Il a également du doute et ne peut affranchir son esprit d'une série d'interrogations mentales. Pour toute sorte d'objets, il se demande ce qu'ils deviennent, ce qu'ils sont devenus, et se met anxieusement à leur recherche ; c'est ainsi qu'il a passé des journées à retrouver une pièce de monnaie sans valeur, un morceau de bois, une feuille de papier. Parfois cette préoccupation s'étend à tous les aliments qu'on lui sert et même aux déjections, dont il conserve des fragments dans des morceaux de papier, datés et étiquetés. Comme toutes ces opérations ne sont pas toujours faciles à exécuter, il en arrive à ne plus oser sortir de chez lui. Il est désolé et honteux de raconter ses misères, mais il lui est impossible, dit-il, d'agir autrement, il en éprouverait un trop grand malaise, quand il essaie de résister, il se sent serré, comprimé à l'estomac, il suffoque.

La crainte du feu complète la série de ces syndromes et il défend même pendant l'hiver, d'allumer du feu, ailleurs que dans la cuisine, pour la préparation des aliments. Toutes les autres pièces de l'appartement restent sans feu.

Ce malade fort intelligent a pleine conscience de son état maladif; il fait de grands efforts et réussit parfois à dominer ses obsessions, mais confiné chez lui, ne voulant pas quitter son milieu, l'amélioration qui s'est produite quelquefois à la suite des conseils donnés par les médecins, ne persiste pas, l'entourage, n'ayant aucune influence sur le malade. Il est probable que s'il se décidait à s'installer dans un établissement, loin des siens, sous la direction immédiate du médecin, il arriverait assez facilement à régulariser sa manière de vivre et à se trouver ainsi dans des conditions plus favorables pour lutter et s'affranchir de tous ces phénomènes pathologiques. (*A suivre.*

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

RECHERCHES SUR LA TOXICITÉ URINAIRE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES;

Par M. Jules VOISIN, médecin de la Salpêtrière,
et M. A. PERON, interne des hôpitaux.

I

Les recherches que nous avons publiées dernièrement sur l'albuminurie des épileptiques[1] furent faites au cours d'études sur la toxicité urinaire chez ces malades. Nous nous demandions alors si la constatation de l'albumine dans les urines ne nous permettrait pas d'expliquer certaines données expérimentales. Des retards apportés à la suite de circonstances indépendantes de notre volonté à la terminaison de ces études sur la toxicité urinaire, nous ont obligé à publier d'abord un travail qui, pour nous, ne devait être qu'un corollaire de celui-ci.

Un très petit nombre de publications ont été faites sur la question qui nous occupe en ce moment. La mesure de la toxicité urinaire des épileptiques, rendue possible par les recherches de M. Bouchard[2] (1885), fut tentée pour la première fois par MM. Deny et Chouppe (1889), puis par M. Féré (1890). Ces auteurs communiquèrent le résultat de leurs expériences à la Société de biologie.

Dans la séance du 30 novembre 1889, MM. Deny et Chouppe apportent les conclusions suivantes qui résultent de l'injection des urines de treize malades atteints d'épilepsie « *idiopathique* ». Les urines sont toxiques *de la même façon* que celles des sujets sains. Elles provoquent du myosis, de l'accélération des mouvements respiratoires, l'exagération de la sécrétion urinaire, l'abaissement de la température.

[1] Jules Voisin et A. Péron. — *Archives de Neurologie*, mai 1892.

[2] Bouchard. — *Auto-intoxication*, 1885.

La mort survient ordinairement dans la somnolence et le coma. Quelquefois cependant, elle est précédée de secousses tétaniformes avec opistothonos.

Dans dix cas sur treize, le coefficient urotoxique, calculé sur la totalité de l'urine des vingt-quatre heures, était normal. Chez les trois derniers malades, la toxicité urinaire était supérieure à la normale. Mais dans ces cas il y avait de la fermentation ammoniacale, dans les deux autres cas la diurèse était diminuée.

Ces expériences ont été faites chez les épileptiques *dans l'intervalle des accès*. MM. Deny et Chouppe ont bien cherché le pouvoir urotoxique ; mais, d'une part l'impossibilité de prévoir les accès, d'autre part le trouble mental consécutif aux paroxysmes, rendant très difficile la récolte de l'urine des vingt-quatre heures, les ont empêché de multiplier suffisamment leurs expériences pour conclure.

Ils inclinent cependant à penser que leur toxicité est toujours sensiblement égale.

Dans le courant de l'année 1890, M. Féré fit trois communications sur les injections intra-veineuses d'urines d'épileptiques. Dans une première note (26 avril), il rapporte une série d'expériences faites sur un seul malade, à la suite d'attaques nocturnes sans mictions involontaires.

On conservait séparément l'urine de la miction du soir. Dans la nuit, le malade avait un accès, mais il n'urinait pas au lit.

On recueillait alors le matin une deuxième urine, la première était præ-paroxystique, la seconde post-paroxystique.

Dans ces conditions, la première urine amenait la mort rapidement avec de fortes convulsions ; la seconde plus lentement et avec peu de convulsions.

Aussi l'auteur concluait-il : « Sauf certaines *exceptions*, dont les conditions physiologiques n'ont pu être déterminées, les urines præ-paroxystiques sont plus toxiques et plus convulsivantes que les urines post-paroxystiques. »

« *Les coefficients urotoxiques furent calculés sur le rapport de l'intervalle de deux mictions consécutives à vingt-quatre heures* » et non pas sur la totalité de l'urine de vingt-quatre heures.

Le malade de M. Féré avait des accès tous les deux à trois jours. Il a présenté au cours des expériences deux ou trois périodes de calme d'une dizaine de jours.

Dans une seconde note (10 mai), M. Féré relève une cause d'erreur dans ses propres expériences. « Une partie de la deuxième urine, dit-il, est en réalité de l'urine præ-paroxystique, puisqu'elle a été *sécrétée* avant l'accès. » Aussi, il n'injecte plus l'urine de la première miction consécutive à l'accès, mais celle de la deuxième miction. Dans ces conditions, il constate que l'urine præ-paroxystique est treize fois et demie plus toxique et onze fois et demie plus convulsivante que l'urine post-paroxystique. Ici, comme dans les expériences précédentes, M. Féré calculait ses coefficients urotoxiques « sur le rapport de l'intervalle de deux mictions consécutives à vingt-quatre heures ».

Dans une dernière note enfin, après avoir constaté de nouveau que les urines post-paroxystiques sont peu toxiques, il rapporte des expériences faites chez un épileptique présentant de l'excitation maniaque. Il constate une augmentation de toxicité pendant l'excitation maniaque, une diminution de toxicité quand celle-ci est tombée, et enfin une sorte de décharge toxique quand les phénomènes psychiques commencent à baisser.

Il en conclut que l'augmentation de la toxicité serait l'effet et non la cause de l'excitation maniaque, battant en brèche l'opinion soutenue par M. Chevalier-Lavaure[1], qui trouve une diminution dans la toxicité de l'urine des maniaques et est tenté d'attribuer à cette hypo-toxicité les phénomènes psychiques. Dans la même communication, M. Féré note également que les épileptiques ont des crises de polyurie dans les vingt-quatre heures, de sorte qu'à certains moments de la journée ils rendent proportionnellement sept à huit litres d'urine, bien que la totalité de l'urine de vingt-quatre heures ne soit pas, en fin de compte, augmentée.

Le mot proportionnellement s'explique par la façon dont M. Féré calcule ses coefficients urotoxiques (voir première note).

Depuis ces diverses communications, aucun fait nouveau n'a été apporté; depuis l'année dernière cependant, une série de travaux ont été publiés dans une voie parallèle. Sous l'inspiration de M. Mairet, de Montpellier, on a étudié successivement la toxicité des urines des aliénés et des hystériques.

[1] Thèse de doctorat (Bordeaux, 1890).

Ces faits ne se rattachent pas directement à la question qui nous occupe. Nous nous bornons à constater les efforts tentés dans ces derniers temps au point de vue de la pathogénie des maladies du système nerveux par la recherche de l'uro-toxicité.

Nous avons tenu à rapporter en détail les expériences de MM. Deny et Chouppe d'une part, de M. Féré d'autre part; car nous sommes persuadés que c'est dans les détails que se trouve l'explication des divergences constatées entre ces expérimentateurs. MM. Deny et Chouppe, suivant les règles posées par M. Bouchard, calculent leurs coefficients urotoxiques sur une donnée constante, la totalité de l'urine des vingt-quatre heures; leurs résultats sont par suite toujours comparables entre eux. Ces résultats s'appliquent à la toxicité des urines des épileptiques et en dehors des accès. Pour la question de la toxicité avant ou après les paroxysmes, ces auteurs refusent de conclure, justement parce qu'ils n'ont pu arriver à recueillir pendant vingt-quatre heures de l'urine avant des accès impossibles à prévoir, ou après des accès dont la plupart s'accompagnent de trouble mental. Que fait au contraire M. Féré? Il calcule ses coefficients urotoxiques « sur le rapport de l'intervalle de deux mictions consécutives à vingt-quatre heures ». Mais M. Feré reconnaît lui-même (3e note) que les épileptiques présentent dans les vingt-quatre heures des crises de polyurie pendant lesquelles ils rendent proportionnellement sept à huit litres d'urine sans que la totalité de l'urination soit en somme augmentée. Il suffit aussi de remarquer que l'ingestion d'un verre d'eau en plus ou en moins pourra, dans ces circonstances, faire varier considérablement les appréciations. Nous croyons que c'est là qu'il faut chercher la cause des résultats si dissemblables obtenus entre les premiers expérimentateurs et ceux que nous avons obtenus nous-même et que nous allons exposer maintenant.

II

Toutes nos expériences ont été faites chez des femmes adultes dans le service de l'un de nous à la Salpêtrière, et nous nous sommes appliqués à suivre les préceptes de M. Bouchard, c'est-à-dire à recueillir toutes les urines de vingt-quatre heures et à les injecter très doucement.

Au début de nos expériences sur les cobayes, nous avons fait comme M. Féré; nous avons pris les mictions d'urine avant et après les accès convulsifs, avons injecté ces mictions et avons calculé le coefficient d'urotoxicité par la quantité totale approximative des urines en prenant quand nous le pouvions toutes les urines de vingt-quatre heures pendant plusieurs jours et en prenant la moyenne de toutes ces quantités réunies.

Outre que ce moyen n'est pas exact, il est défecteux, il nous expose à ne pas terminer une opération commencée avec une seule miction (les urines recueillies ne sont pas en assez grande quantité pour tuer l'animal, comme cela nous est arrivé dans nos expériences sur les cobayes). Nous rapportons tout de même ces premières expériences parce que dans plusieurs de nos expériences la quantité totale de l'urine a pu être assez exactement évaluée et la comparaison peut être faite avec nos expériences sur les lapins. Elles ne dénotent pas une grande différence d'appréciation dans les résultats, et en tout cas elles ne donnent pas les résultats qu'a obtenus M. Féré. Mais nous conseillons d'abandonner les cobayes pour les injections d'urine : 1° parce que l'injection intra-veineuse chez les cobayes est difficile et détermine un traumatisme opératoire assez considérable et quelquefois une perte de sang notable; 2° parce que cette injection n'étant pas entrée dans le domaine classique, on ne peut pas comparer directement les résultats obtenus à ceux qu'on obtient chez les lapins qui sont aujourd'hui connus et admis de tous. Pour ces raisons, nous nous appuierons pour tirer nos déductions sur nos expériences sur les lapins. Là le contrôle est facile et le coefficient d'urotoxicité ne peut être contesté.

Parmi nos malades, nous avons choisi celles pour lesquelles le diagnostic épilepsie essentielle n'est pas contesté. Nous avons laissé de côté tous les cas douteux et tous les cas d'épilepsie symptomatique.

Ceci une fois fait, nous nous sommes proposés, comme pour nos recherches sur l'albuminurie des épileptiques [1], de rechercher la toxicité des urines :

[1] Jules Voisin et A. Péron. (*Archives de Neurologie*, 1892, mai.)

1° Avant, pendant et après les accès convulsifs isolés ;
2° Avant, pendant et après les accès convulsifs en série ;
3° Avant, pendant et après l'état de mal ;
4° Avant, pendant et après le petit mal ;
5° Avant, pendant et après le délire épileptique et la démence ;
6° Enfin nous nous sommes demandés quelle est la toxicité normale des urines des épileptiques.

Nous n'avons pu remplir toutes ces conditions parce que nous n'avons pu recueillir toutes les urines des vingt-quatre heures dans ces cas déterminés. Cependant, nous n'avons rien négligé pour arriver à ce résultat ; nous nous sommes entourés d'un personnel dévoué et quand les malades avaient l'habitude d'uriner sous elles dans chaque attaque, nous avions soin, quand nous voulions expérimenter les urines de ces malades, de les faire aller à la garde-robe toutes les deux heures et de cette manière nous évitions une perte d'urine qui serait arrivée brusquement au moment de l'attaque.

Quand, d'autre part, les malades avaient un trouble mental prolongé à la suite des attaques nous avions soin de faire sonder nos malades toutes les deux ou trois heures. De cette manière encore nous évitions une perte d'urine involontaire.

Nous avons expérimenté aussi sur de l'urine de malades qui n'étaient pas trop avancé dans la maladie. Peut-être même y aurait-il avantage à ne prendre que des malades au début de leur maladie alors qu'ils ont des accès isolés très éloignés ? Mais ces malades sont très rarement hospitalisés, et voilà pourquoi nous n'avons pas d'expériences relatives à ces cas. Nous avons recherché des malades qui avaient des séries fréquentes et ils nous ont permis ainsi de recommencer souvent nos expériences.

Le mot série pour nous n'a pas la même valeur que celle qu'on lui attribue généralement dans les livres. On dit dans les livres qu'un épileptique a des accès en série quand dans une même journée il a plusieurs accès séparés les uns des autres par un intervalle lucide plus ou moins long. Les malades au contraire qui ont un accès tous les jours pendant plusieurs jours de suite sont considérés comme étant des malades ayant des accès isolés quotidiens. Pour nous, nous considérons plusieurs de ces malades comme étant des sériels. Chez eux l'intervalle lucide est très long : un jour, mais le malade n'en est pas moins en puissance d'accès.

Pour le prouver, il suffit de jeter les yeux sur le relevé des accès de ces épileptiques : vous voyez que pendant quatre ou cinq jours ils sont malades tous les jours une fois ou deux, puis ils restent huit à dix jours bien portants et recommencent au bout de ce temps leur série dans les mêmes conditions.

Les expériences que nous avons faites sur la toxicité des urines nous prouvent une fois de plus que nous avons raison d'envisager la question sous cet aspect, car pendant tous ces jours, leurs urines présentent la même toxicité pour se modifier aussitôt que les accès sont finis. Quand, au contraire, la toxicité d'urine augmente après un accès isolé, c'est que vraiment le malade est atteint d'accès isolé et non de série. La recherche de la toxicité urinaire est un moyen de diagnostic important et la connaissance de ce fait peut empêcher les controverses que des expériences consécutives pourraient nous amener.

Les relevés d'accès que nous publions plus loin sont une preuve de ce que nous avançons. Il n'y a qu'une exception, c'est le cas où les malades sont pris de la démence. Les exemples de Wilmb..., par comparaison, nous paraissent absolument démonstratifs.

Nous insistons sur la donnée de la série, car elle seule nous permettra de comparer entre eux les résultats des expériences sur des malades présentant des accès en apparence isolés avec ou sans petit mal. *La toxicité des urines des vingt-quatre heures, avant la série, pendant la série, après elle, est donc la question que nous nous sommes efforcés de résoudre dans le travail qui suit.*

Ces quelques lignes de digression étant dites (leur utilité étant incontestable), nous revenons aux précautions que nous avons prises pour mener à bonne fin les expériences que nous avons entreprises.

Une fois les mictions d'urine recueillies, nous les mélangeons toutes dans un bocal et nous notons avec soin la quantité émise dans les vingt-quatres heures et ses qualités physiques.

L'urine une fois recueillie nous l'injections immédiatement après filtration très soigneuse. Nous n'avons pas neutralisé l'acidité, les expériences de M. Bouchard ont démontré qu'il n'y avait aucun inconvénient à injecter des urines acides. Si on ne pouvait faire l'injection immédiatement au bout de

vingt-quatre heures, on avait soin pour éviter toute fermentation de mettre une petite pincée de naphtol dans le bocal renfermant cette urine. Ce naphtol est un très bon antiseptique et sa présence en si petite quantité a été reconnue n'occasionnant aucun inconvénient.

Les injections ont été faites très lentement dans les veines de l'oreille du lapin ou dans la veine humérale ou fémorale du cobaye ; ces animaux étant préalablement attachés sur une planchette.

I. — EXPÉRIENCES SUR LES COBAYES

Coefficient d'urotoxicité calculé sur la moyenne des urines de vingt-quatre heures.

Le 11 *septembre*, on recueille vers 8 heures du matin, à l'aide de la sonde, avant la période clonique d'un accès, l'urine de Sep..., dont voici le relevé des attaques dans les mois de septembre et d'octobre :

Le 4 *septembre*, une attaque de jour. } Urines injectées.
Le 5 — — — }
Du 5 au 11, pas d'attaques.
Le 11, une attaque de jour. }
Le 13, — — }
Le 16, — nuit. }
Le 17, — jour. } Urines injectées.
Le 19, deux attaques de nuit. }
Le 20, une attaque de jour, }
— deux attaques de nuit. }
Du 20 au 28, pas d'attaques.
Le 28, une attaque de jour. (Urines injectées.)
Du 28 *septembre* au 5 *octobre*, pas d'attaques.
Le 5 *octobre*, une attaque de nuit. (Urines injectées.)
Du 5 au 12, pas d'attaques.
Le 12, une attaque de jour. (Urines injectées.)
Du 12 au 17, pas d'attaques.
Le 17, une attaque de nuit.
Le 18, — jour.

I). L'urine du 11 *septembre* est injectée à 2 h. 10, de l'après-midi. Elle ne contient ni albumine ni urobiline. Elle est filtrée et alcalinisée. Le cochon pèse 700 grammes. T. rectale, 36°,4. On injecte dans la veine humérale droite sans perte de sang notable en 10 minutes 77 c. c. d'urine ; — à 50 c. c., respiration bruyante,

salive à la bouche. Mais l'aiguille sort de la veine et ne peut être réintroduite. On dénude alors la veine humérale gauche et en cinq minutes, de 2 h. 30 à 2 h. 35, on injecte 23 c. c. d'urines.

Je dois m'arrêter parce que je n'ai plus d'urines prœ-paroxystiques. On détache l'animal à 3 heures moins le quart après un pansement au collodion. T. 32°,6.

L'animal une fois libre est agité de frissons, le poil est hérissé, l'œil terne, il ne cherche pas à fuir. Pas de convulsions nettes. L'animal meurt à 7 heures du soir, quatre heures et demie après l'injection.

II). Une heure après l'accès dont on a injecté les urines prœ-paroxystiques. On recueille l'urine de Sep... Cette urine ne renferme pas de traces d'albumine. Filtrée et alcalinisée, elle est injectée à 5 heures moins le quart à un cochon d'Inde de 340 grammes. T. 36°,4. La dénudation de la veine humérale est assez facile, mais l'aiguille traverse l'artère humérale qui doit être liée. Dénudation à gauche facile : injection en dix minutes de 65 c. c. d'urines. Arrêt des mouvements respiratoires à 65 c. c. sans la moindre convulsion. T. 32°,6.

Les deux expériences précédentes semblent pouvoir permettre la conclusion suivante :

Etant données les différences de poids des animaux, les différences de poids des urines injectées et enfin le temps relativement assez long qui a amené la mort du premier animal, la toxicité des urines de Sep... prœ ou post-paroxystiques est sensiblement la même :

700 grammes, 100 c. c., mort 4 heures et demie après l'injection.
340 — 65 — — pendant l'injection.

Malheureusement la totalité de l'urine des 24 heures n'a pas été recueillie ce jour. Par contre le 25 septembre, Sep... a rendu 1650 c. c., le 26, 1200.

Le 5 octobre	(Une attaque dans la nuit).	1400 grammes.
Le 6 —	— —	1500 —
Le 7 —	— —	600 c. c.
Le 9 —	— —	1500 —
Le 10 —	— —	1400 —
Le 11 —	— —	1100 —
Le 12 —	(Une attaque de jour).	400 —

Si l'on calcule sur la moyenne de ces neuf urines on a : Sep... pesant 46 kil. 8, la moyenne étant d'environ 1175 grammes, si l'on se base sur l'injection n° 2. Coefficient urotoxique = 0,13.

III). Le 25 septembre on recueille à 11 heures du matin l'urine de Sep..., on la filtre et elle est alcalinisée avec la solution de bicarbonate de soude. Cette urine ne contient pas d'urobiline ni d'albumine.

Cochon de 740 grammes. — Dénudation facile de la veine axillaire droite, injection de 50 c. c. en vingt minutes environ. La quantité d'urine des vingt-quatre heures a été ce jour-là de 1650 grammes.

IV). Le 2 octobre on injecte l'urine de Sep... sans attaques depuis quatre jours.

Urines de une heure de l'après-midi alcalinisées et filtrées. Cobaye de 630 grammes n'ayant pas été touché. Dénudation facile sans perte de sang appréciable.

Injections en dix minutes de 75 c. c. d'urines. Mort à 75 c. c. avec *convulsions toniques répétées*. Pas de réaction. Par une erreur faite par la fille de service, l'urine de Sep... n'a pas été recueillie en totalité ce jour-là. En admettant la même moyenne, 1175 c. c. que pour l'injection II, on a : $C = 0{,}21$.

A l'autopsie cinq petits fœtus (de huit à quinze jours environ), congestion pulmonaire et rénale modérée.

V). 13 *octobre*. — Sep... a eu un accès hier dans la journée (après midi). Elle est aujourd'hui très troublée, absolument perdue, a dû être camisolée. Elle mange cependant.

L'urine est très acide. On la neutralise, on la filtre. Elle n'est ni urobilique ni albumineuse; elle contient des peptones.

Cochon de 435 grammes. — Dénudation facile à 2 heures de la veine axillaire droite. Injection impossible. Perte de sang très minime. A gauche, dénudation facile. Injections en un quart d'heure de 47 c. c. d'urines. A 42 c. c., l'animal se raidit en arrière, tout le corps est raide sans convulsions cloniques, les mouvements respiratoires sont lents, profonds et irréguliers. Epistaxis abondante. A 47 c. c., arrêt respiratoire. Mort.

Autopsie. — Légère congestion pulmonaire et rénale, rien dans l'encéphale à l'œil nu.

Voici dans quelles conditions l'urine a été recueillie :

A 10 heures et demie on fait pisser la malade qui donne 30 c. c. d'urine environ, à 5 heures un quart elle n'a pas encore uriné. On la sonde et on trouve 30 autres centimètres cubes qui ont été mélangés aux précédents.

La totalité de l'urine des vingt-quatre heures recueillie avec beaucoup de soin a été de 960 grammes. Coefficient : 0,189.

N. B. — Sep... n'a pas eu d'attaques nouvelles dans la journée.

VI). Le 14 *octobre*, Sep... est sans attaques depuis deux jours. Hier, dans la journée, elle était très troublée. on a dû l'attacher.

Aujourd'hui elle est revenue à son état normal, On a dû la sonder pour recueillir environ 60 c. c. d'urines depuis 11 heures du matin. Urine très acide, alcalinisée, filtrée, injectée, à 2 heures et demie.

Cobaye de 730 grammes. — Dénudation très facile sans perte de sang appréciable. En cinquante minutes, injection de 62 c. c.

Accélération rapide des mouvements respiratoires; à 32 c. c., miction très claire. — A 43 c. c., 2e miction très claire. — A 62 c. c., 3e miction très claire.

On interrompt l'injection parce qu'il n'y a plus d'urines. On va sonder le malade pour la deuxième fois (3 heures moins 20). Au bout de huit minutes l'injection est refaite. Pendant ces huit minutes d'interruption, la respiration de l'animal, qui est très calme, sans un mouvement, est profonde, lente et irrégulière.

A 72 c. c., l'animal se raidit brusquement. On peut le soulever d'une pièce sur la planchette, raideur très accentuée des muscles abdominaux, le rectum fait une forte saillie. La respiration s'arrête: salivation abondante, exorbitisme. Cela dure trente secondes environ. Puis des secousses cloniques apparaissent dans la face à la commissure des lèvres. On sent les masséters fortement agités. — Les membres supérieurs se fixèrent à leur tour. On voit les muscles danser dans la profondeur de la plaie du bras. Les membres inférieurs enfin sont agités de quelques secousses. Puis tout s'arrête. La respiration ne repart pas. Je note : Pas une goutte de sang perdu dans la dénudation de la veine qui a été extraordinairement facile.

Autopsie. — Congestion pulmonaire et rénale très accentuée. Infarctus dans le lobe supérieur du poumon droit du volume d'un grain de mil. Le cœur continue à battre !

Toujours calculé sur la même moyenne de 1175 c. c., qui paraît faible dans le cas particulier. Le coefficient urotoxique est de 0,275 c. c.

Le 29 *septembre* 1891, on recueille à une heure de l'après-midi, à l'aide de la sonde, avant la période clonique de l'accès, l'urine de *Mor...*

Or, Mor..., le 11 septembre, a eu 2 attaques de jour; le 12 septembre, une attaque de nuit. Elle n'a rien présenté les 13, 14, 15, 16, 17.

Le 18, elle a eu un accès nocturne.

Du 19 au 23, rien.

Le 24, un accès de nuit.

Le 25, — —

Le 26, un accès de jour.

Le 27, 3 accès de jour, un de nuit.

Le 28, un accès de nuit.

Le 29, 4 accès de jour, l'urine a été recueillie avant le premier accès.

Le 30, un accès de jour.

Du 1er au 10 *octobre*, pas d'attaques ni de vertiges. L'urine prise pour comparer l'état sériel avec l'état normal a été recueillie le 2 *octobre*. (Voir Mor..., 2e injection.)

Le 10 *octobre*, une attaque de jour.

Le 11 — 2 — de nuit.

Première injection. — L'urine recueillie le 29 est claire, elle est alcalinisée, filtrée et injectée deux heures après qu'on l'a recueillie.

La dénudation de la veine est facile.

Pas de perte de sang appréciable.

En vingt minutes environ, injection de 90 c. c. d'urine; à 30 c. c., miction d'urines troubles; à 52 c. c., agitation; à 75 c. c., secousses toniques isolées se répétant par intervalles jusqu'à 90 c. c.; à 90, arrêt des mouvements respiratoires.

Autopsie. — Congestion pulmonaire assez marquée. — Petits infarctus aux deux bases. — Congestion du rein. Rien dans l'encéphale. Le cœur continue à battre.

Mor... pèse 61 k. 800. — Le cochon d'Inde 490 grammes. La quantité d'urine recueillie dans les vingt-quatre heures est de 1.700 grammes.

Mor... n'aurait pas perdu d'urine pendant ses quatre accès qui se sont succédé dans l'espace de deux heures environ. Elle n'a pas été à la selle dans les vingt-quatre heures.

Voici, d'autre part, la totalité des urines pendant dix jours, du 3 au 13 octobre inclus, recueillies indépendamment des garderobes. On notera l'abaissement à 400 c. c. la veille de la série du 10 et 11 octobre :

Le 3	octobre,	1600	Le 9	octobre,	400
4	—	1400	10	—	1100
5	—	1700	11	—	1200
6	—	1100	12	—	1500
7	—	900	13	—	700
8	—	sortie.			

Le coefficient urotoxique est donc, pour le 29 septembre de 0,15.

Le 2 *octobre*, on recueille à 1 heure de l'après-midi les urines de Mor... sans attaques depuis deux jours. Urines à réaction nettement acide, alcalinisées, non filtrées. Injectées une heure après avoir été recueillies à un cochon d'Inde de 300 grammes ayant déjà servi, mais dont la *plaie est complètement cicatrisée.*

Dénudation de la veine facile. Injection en onze minutes environ de 17 c. c. d'urine.

Mort après quelques secousses toniques sans miction ni défécation.

Autopsie. — Congestion pulmonaire et rénale sans infarctus. Le cœur continue à battre. Pas d'injection d'urine dans le tissu cellulaire autour de la veine. L'urine n'était ni albumineuse ni urobilique. La totalité des urines recueillies dans les vingt-quatre heures a été de 1.600 grammes. — Coefficient urotoxique du 2 octobre, 0.45.

URINES DE DEM...

Relevé des attaques en septembre et octobre.

3 septembre.	Une attaque de nuit.
4 —	Deux — de jour, un vertige de jour.
6 —	Un vertige de jour.
14 —	Une attaque de jour.
15 —	Une —
16 —	Une attaque de nuit.
21 —	Six accès de jour.
1er octobre.	Une attaque de nuit.
2 —	Deux attaques de jour.
18 —	Trois — de nuit.

Voici d'autre part la totalité des urines du 3 au 13 octobre (pas d'attaques). (Le 8 octobre manque, jour de sortie.)

1600, le 3 octobre.	(Sans tenir compte des garde-robes.)
2100, le 4 —	
1100, le 5 —	
1900, le 6 —	
1200, le 7 —	
2100, le 9 —	
1500, le 10 —	
1400, le 11 —	
2100, le 12 —	
1500, le 13 —	

On peut y ajouter les totalités du 2 octobre et du 8 octobre, soit 1900 c. c., et 2300.

La moyenne est de 1725 c. c.

Dem... pèse 45 kil. 3.

I). Le 21 *septembre*, Dem... a un premier accès le matin vers 7 heures. On la sonde avant la période clonique et on recueille une petite quantité d'urine qui n'a pu être injectée. On recueille, une heure après, une deuxième urine qui a servi à l'injection n° I. Dem... a eu quatre autres accès dans la journée.

L'urine peu acide, filtrée et alcalinisée n'est pas albumineuse.

Cochon de 345 grammes. — Dénudation facile de la veine axillaire. Injection sans discontinuer de 48 c. c.

Accélération des mouvements respiratoires à 6 c. c.

Mictions d'urines claires à 26 c. c.

— répétées très abondantes dans les dernières minutes de l'injection (5 à 6). Mais l'aiguille se bouche. Dénudation facile de la veine du côté opposé, mais l'injection est impossible. Ligature. Pansement collodionné.

L'animal détaché est assez vif. Il a guéri complètement.

Si on cherche le coefficient urotoxique, bien que l'animal ne soit pas mort, on trouve 0,27. Mais il est certain que ce coefficient urotoxique serait très abaissé si l'on avait pu aller jusqu'à la mort du cobaye.

II). Le 2 *octobre*, on recueille avant la période clonique du deuxième accès, à l'aide de la sonde, l'urine de Dem...

La série a commencé hier soir (se reporter au tableau).

Dem... n'a pas eu d'autre attaque dans la journée, la série était terminée.

L'urine injectée, a été recueillie à une heure et demie de l'après-midi. Elle n'est ni albumineuse, ni urobilique.

Le cobaye pèse 825 grammes. Il a déjà servi à une dénudation antérieure, la plaie est à *peu près* complètement cicatrisée. Sa température est de 36°,8.

Dénudation facile sans perte de sang.

Infection en 10 minutes environ de 34 c. c. d'urine filtrée et alcalinisée ; à 30, secousses sans convulsions franches. Pas de miction ni de défécation.

Autopsie. — Vessie pleine d'urines troubles ; congestion pulmonaire et rénale. Le cœur continue à battre. Ce qui semble indiquer que la décharge est rapide.

La totalité des urines, dans vingt-quatre heures, recueillies avec soin, a été de 1900 c. c. Coefficient urotoxique 1,02.

III). 8 *octobre* 1891. — Urines de Dem... sans accès depuis le 2 octobre, recueillies à une heure de l'après-midi. Miction abondante de 350 grammes environ ; ni urobiline, ni albumine à réaction nettement acide, filtrées et neutralisées.

Cochon d'Inde n'ayant pas servi, de 755 grammes. Dénudation très facile. Pas de perte de sang. Injection en un quart d'heure de 90 c. c. d'urines ; à 25, 1re miction d'urines troubles ; à 40, 2e miction d'urines troubles. Les mictions se répètent jusqu'à la mort, claires. On peut recueillir 25 c. c. d'urines du cobaye, sur la planchette. Elles ne sont pas albumineuses. A 80, convulsions toniques généralisées à plusieurs reprises. Salivation très abondante. A 90, mort.

La totalité des urines recueillies dans les vingt-quatre heures, avec soin, a été de 2 litres 300. Coefficient urotoxique 0,42.

URINES DE BART...

Le 14 *octobre*, on recueille à 11 heures du matin, l'urine de Mme Bart..., pesant 63 kil. 3. Cette malade, grande épileptique, a été souffrante hier toute l'après-midi. Cette nuit, la veilleuse n'a rien remarqué d'anormal. Mais ce matin, vers 7 heures, elle a eu une attaque convulsive. A la visite, nous la trouvons toute troublée, elle vient tourner autour de nous, ce qu'elle ne fait jamais d'habitude, se plaignant de souffrir de partout; la langue est légèrement saburrale.

Elle n'a eu que cette attaque dans la journée du 14 octobre. Le lendemain 15, elle était d'ailleurs revenue à son état normal.

L'urine est très trouble, en petite quantité, à réaction nettement acide. Elle ne contient ni albumine, ni urobiline. On l'injecte à 2 heures de l'après-midi, après l'avoir filtrée et alcalinisée.

Le cochon d'Inde pèse 615 grammes.

Au bras droit, la dénudation de la veine est assez facile, mais la pointe de l'aiguille touche l'artère qui saigne notablement. Une pince hémostatique est mise sur ce vaisseau. L'injection est faite dans la veine axillaire au-dessus du tendon du grand pectoral.

Injection en trois minutes, de 18 c. c. A 5, accélération et superficialité des mouvements respiratoires. A 12, agitation, cris. A 18, l'animal se rejette violemment en arrière. Il est raide ; on peut le soulever d'une pièce sur la planchette. La respiration s'arrête. Cet état dure environ dix secondes. Puis des secousses répétées apparaissent dans les muscles de la face, gagnent rapidement les membres et le tronc, qui paraissent agités d'une sorte de tremblement vibratoire. Exorbitisme très prononcé. Mort.

Autopsie. — Congestion pulmonaire assez accentuée aux deux bases avec petits infarctus disséminés. Peu de congestion rénale. Vessie pleine d'urines troubles. L'animal n'a pas uriné, n'a pas déféqué pendant la durée de l'injection.

La quantité d'urines recueillies dans les vingt-quatre heures, s'élève à 1000 c. c. environ. (La malade a eu deux selles liquides, une à 8 heures du soir, une à 2 heures du matin [1].) Urines recueillies, 700 grammes. Poids de la malade, 63 kil. 3. Coefficient urotoxique, 0,54.

[1] La fille de service de nuit nous a dit qu'il y avait peu d'urine dans la selle de 8 heures, mais que dans celle de 2 heures du matin il y en avait beaucoup. Nous croyons, sans exagération, pouvoir fixer approximativement la quantité d'urines à 1 litre. La journée suivante l'urine fut recueillie en totalité. Il y en eut 1650 grammes.

II. — EXPÉRIENCES SUR LES LAPINS.

Coefficient d'urotoxicité calculé avec les urines des 24 heures.

2 *avril*. — Broch..., vingt et un ans, poids 62 kil., atteinte d'épilepsie essentielle. — Céphalalgie et léger trouble mental après les accès de peu de durée. — Intelligence moyenne.

Broch... a eu dans la journée du 31 mars deux grands accès et plusieurs accès incomplets. La dernière manifestation comitiale vers dix heures du soir.

On recueille l'urine du 1er avril, 11 heures du matin, au 2 avril même heure : Q = 1,200 c. c. environ, à réaction acide, filtrés avec soin.

Lapin de 2 kil. 410. — Injection en trente-cinq minutes environ de 105 c. c.; — vers 20 c. c., myosis, accélération et superficialité des mouvements respiratoires; — à 35, myosis très accentué; — à 72, les mouvements respiratoires deviennent lents et irréguliers. Quelques secousses dans le train postérieur; — à 90, cris prolongés, nouvelles secousses; — à 105, convulsions toniques, *très intenses* (type déjà décrit). Quelques secousses cloniques dans les muscles de la face. Mort. Pas de miction, ni de défécation.

Autopsie. — Le cœur continue à battre. Les organes thoraciques et abdominaux sont peu congestionnés, encéphale sain. — Coefficient urotonique : 0,443.

4 *avril*. — L'urine a été recueillie du 2 avril, 4 heures du soir au 3 avril même heure. Son odeur est légèrement ammoniacale, mais sa réaction est nettement acide, elle est claire. Filtrée avec soin. — Q = 1.300 c. c.

Lapin de 2 kil. 280. — En trente-cinq minutes environ, injection de 220 c. c.

Le myosis et une accélération respiratoire peu marquée apparaissent vers 40 c. c. seulement; — vers 70, myosis intense; — à 110, cris violents sans secousses, puis l'animal retombe dans la somnolence; — vers 160, les respirations deviennent irrégulières et plus profondes, sans cesser d'être rapides; — à 215, agitation secousses sans caractères francs, exophtalmie qui s'accentue; — à 220, mort à la suite de secousses qui n'ont pas présenté les caractères habituels (opistothonos, raideur de tout le corps, etc.), pas de miction, défécations répétées très fétides.

Autopsie : — Congestion de tous les organes, congestion de l'encéphale légère. Le cœur bat. Pas d'embolies pulmonaires. — Coefficient urotoxique : 0,217.

Le cahier ne fait pas mention d'attaques, mais en interrogeant la surveillante on apprend que le 3, vers sept heures du soir, trois heures par conséquent après la fin de la récolte de l'urine, Broch... a eu un *grand accès*.

8 *avril*. — Broch... a eu une dernière attaque dans la nuit du 4 au 5 avril, vers 10 heures du soir. L'urine injectée a été recueillie trente-huit heures après, du 6 avril midi au 7 avril midi. Le 8 avril, vers 7 heures du matin, dix-neuf heures après la récolte de l'urine, un grand accès. Q = 1.500 c. c.

Lapin de 1 kil. 550.

L'urine injectée a été naphtolée. Sa réaction est nettement acide, elle est non ammoniacale. Elle a été filtrée avec soin. En huit minutes environ, injection de 65 c. c. Dès 10 c. c., myosis franc; — à 15, accélération énorme des respirations; — à 32, respirations très superficielles et très légères. Pupilles punctiformes; — à 44, cris, agitation; — à 55, nouveaux cris, irrégularités respiratoires; — à 62, rejet brusque en arrière, convulsion tonique, franche et intense. Exophtalmie brusque. Perte des réflexes cornéens; — deux ou trois inspirations rares et profondes jusqu'à 65 c. c.; — à 65, arrêt définitif. Mort. — Pas de miction, ni de défécation.

Autopsie. — Vessie vide. Le cœur bat. Pas de congestion hépatique rénale ou pulmonaire. — Coefficient : 0,572.

Relevé des accès de Broch...

27	mars.	Un grand accès	de jour.
31	—	Deux grands accès	de jour.
3	avril.	Un grand accès	de jour.
4	—	—	—
8	—	—	—
9	—	—	—
12	—	—	—
13	—	—	de nuit.
14	—	—	de jour.

Gauth..., vingt-quatre ans, atteinte de débilité mentale avec épilepsie. Père alcoolique, mère hystérique. — Accès en série.

Urines post-paroxystiques. — 1er *avril*. — Gauth..., poids 46 kil. 500, a, le 30 mars, une attaque de jour, deux accès dans la nuit du 30 au 31.

(On recueille l'urine le 31 mars, à 10 heures du matin, jusqu'au 1er avril même heure. U = 1.050 grammes.)

Le 31 mars, elle a trois accès dans la matinée, le dernier accès à 11 heures du matin sans miction involontaire.

Le 1er avril, jour de l'injection, elle se trouve bien, répond nettement. Pas de troubles gastriques.

A 4 heures de l'après-midi, le 1er avril, l'urine est injectée. Elle est à réaction nettement acide; on la filtre avec le plus grand soin.

Lapin de 1 kil. 850.

A 12 c. c., le myosis est déjà très accentué, l'accélération des mouvements respiratoires considérables; — vers 25, pupilles punctiformes. Respiration précipitée et superficielle; — à 50, première attaque de secousses. Ce sont des convulsions toniques de tout le corps, plus marquées cependant dans le train postérieur qui se projette violemment en arrière, la queue se trouve collée contre le sacrum par un violent mouvement tonique, projection des bras en avant, légère projection de la tête en arrière. Exorbitisme considérable et brusque, perte immédiate du réflexe cornéen. — L'injection continue, l'animal reprend son calme en apparence. La respiration est lente et irrégulière, profonde, le réflexe cornéen est paresseux.

A 72 c. c., l'animal se tend brusquement en arc. La nuque en épistothonos touche le dos, le corps est raide et peut être soulevé d'un bloc sur la planchette.

Exorbitisme énorme : perte du réflexe cornéen. La pupille se dilate. Les mouvements respiratoires s'arrêtent définitivement. — Quelques secousses apparaissent encore dans les muscles de la face, et agitent les poils du museau pendant une minute et demie environ.

Une seule miction peu abondante au début de l'expérience. Durée de l'injection : douze minutes environ.

(Cette description peut servir de type pour les convulsions toniques analogues à celles que produit l'empoisonnement par la strychnine.)

Autopsie. — Le cœur continue à battre. Les reins, le foie et le poumon sont peu congestionnés. Pas d'embolie pulmonaire. Dans l'encéphale, légère congestion.

Coefficient urotoxique. Urines post-paroxystiques : 0,578.

2 *avril.*— Gault... n'a pas eu de nouvel accès depuis hier. Urines recueillies du 1er avril, 4 heures de l'après-midi au 2 avril même heure : Q = 850 c.c.

Lapin de 2,480 grammes. — Urines à réaction acide, filtrées avec soin.

Vers 15 c.c., myosis. Respiration accélérée et superficielle; — vers 55, myosis énorme. Respiration moins fréquente, mais irrégulière et plus profonde; — A 70, secousses isolées, agitation; — A

72, attaque de convulsions toniques. Exophtalmie intense et brusque. Perte immédiate du réflexe cornéen. Mort. — Une miction d'urines troubles dans les derniers temps de la vie. Durée de l'injection, 17 minutes.

Autopsie. — Le cœur continue à battre. Les reins sont légèrement congestionnés. Les poumons sont légèrement congestionnés aux deux bases sans embolies. Encéphale et foie sains. — Coefficient urotoxique : 0,630.

4 *avril.* — Gault... est toujours sans accès. Q = 1,200 c. c. environ. Urines recueillies du 2 au 3 avril.

Lapin de 1,920 grammes. — A 15 c. c., myosis intense. Respiration superficielle et très accélérée déjà ; — A 70, ébauche de convulsion toxique généralisée ; — A 72, secousse toxique très violente. Exophtalmie brusque, perte inmmédiate du réflexe cornéen. Mort. Pas de miction ni de défécation pendant l'expérience. Durée, 15 minutes.

Autopsie. — Congestion rénale peu accentuée. Pas de congestion pulmonaire. Rien dans l'encéphale, au foie, ni au cœur. — Coefficient urotoxique : 0, 604.

23 *avril* (samedi). — On a cherché dans cette expérience, dont on ne peut rien conclure à injecter l'urine de Gault... dans l'intervalle des accès. (Voir le relevé.)

L'urine a été recueillie le 20 (mercredi), 10 heures du matin, au 21 (jeudi) même heure. Q = 1,500 c. c.

Odeur ammoniacale ; les urines par erreur n'ont pas été naphtolées. Elles ne bleuissent pas cependant le papier rouge de tournesol. Elles sont très troubles. Gault... a d'ailleurs beaucoup de pertes blanches. Malgré plusieurs filtrages successifs, la limpidité parfaite ne peut être obtenue.

Lapin de 1,600 grammes. — Myosis intense vers 25 c. c. seulement. La respiration n'est nettement accélérée qu'à ce moment. — Mort à 77, dans une attaque de convulsions toxiques avec exorbitisme brusque. Une miction, une défécation. Durée de l'injection, 10 minutes environ.

Autopsie. — Congestion rénale. — *Quatre à cinq embolies* du volume d'un grain de chènevis dans le lobe inférieur du poumon droit. Les deux poumons sont congestionnés aux bases. Rien au cœur. — Coefficient urotoxique calculé d'après ces données, 0,670.

Urines d'accès. — 2 *mai.* — Le 30 avril, Gault... a quatre accès de jour ; le 1er mai, deux grands accès de jour et un accès incomplet.

L'urine a été recueillie du 30 avril, 9 heures du matin, après la première attaque au 1er (même heure). La surveillante *m'affirme*

que Gault... n'a pas eu de miction involontaire pendant ses accès. Elle n'a pas perdue d'urines la nuit. Q = 775 c. c. Naphtolées. — On les injecte le 2 dans l'après-midi. Elles sont claires, sans odeur ammoniacale, de réaction nettement acide, filtrées avec soin.

Lapin de 1,950 grammes. — En 35 minutes environ injection de 242 c. c. ; — Le myosis et l'accélération des mouvements respiratoires commencent à apparaître vers 45. — Le myosis devient intense vers 80. L'accélération respiratoire est d'ailleurs peu accentuée. — L'animal est somnolent pendant la durée de l'expérience. — Vers 170, l'exophtalmie apparaît. Elle est lente et s'accentue de plus en plus. La respiration devient lente et irrégulière. La pupille jusqu'ici punctiforme se dilate légèrement. — A 230, cris répétés, quelques secousses dans les membres. — A 242, nouveaux cris, l'exophtalmie s'accentue brusquement. On abandonne l'animal qui a une convulsion tonique nette mais peu intense et qui dure peu. Mort. Pas de miction ; défécation répétées et abondantes.

Autopsie. — L'encéphale et les reins sont très congestionnés. — Poumons : à droite cinq petits infarctus du volume d'une petite tête d'épingle disséminés. Œdème congestif énorme des deux poumons. — Sept fœtus de trois semaines environ dans la matrice. Les épiploons sont farcis de parasites dont la nature sera déterminée ultérieurement. Le foie, dans certains points est très nettement cirrhose surtout au voisinage de son bord libre à droite, il crie sous le scalpel.

Même en admettant que la bonne foi de la surveillante ait été mise en défaut, en admettant que Gault... ait perdu de l'urine, ce qui d'ailleurs est nié très catégoriquement par les personnes du service, on voit que sa toxicité urinaire est très différente de celle qu'elle avait à la suite de ses accès, non seulement comme intensité mais *comme forme.* — Coefficient urotoxique calculé sur 775 c. c. est de : 0,134.

Relevé des accès de Gault... correspondant aux expériences relatées plus haut.

30 mars. Un accès complet de jour.
31 — Trois accès complets de jour.
1er avril. Un accès incomplet de jour.
8 — Quatre accès complets de jour.
— — Huit accès incomplets de jour.
— — Un accès de nuit.

(A remarquer la longue durée de la période de calme avec des urines très toxiques.)

11 avril. Deux accès complets de jour.
— — Un accès de nuit.

13 avril	Trois accès complets de jour.	
— —	Deux accès incomplets de jour.	
14 —	—	—
15 —	Un accès complet de jour.	
16 —	—	—
27 —	—	—
28 —	—	—
30 —	Quatre accès complets de jour.	
1er mai.	Deux —	—
— —	Un accès incomplet de jour.	

Eud..., dix-neuf ans, atteint d'imbécillité avec mauvais instincts et d'épilepsie. — Hérédité convergente. — Grand-père épileptique. — Père et mère éthyliques.

Urines d'accès. — 29 *mars.* — Eud..., 51 kil. 500. Le 27 mars Eud... a une attaque de jour le matin, on recueille l'urine à partir de 1 heure de l'après-midi jusqu'au 28, même heure.

Eud... a eu un accès incomplet dans l'après-midi du 27, un grand accès le 28 au matin. Elle n'aurait pas perdu d'urines pendant ces diverses manifestations.

Urines naphtolées, à réaction nettement acide, contenant un peu de sang (commencement de la période menstruelle), filtrées. Q = 1070 c. c.

Lapin de 2 kil. 200. — Injection en quarante minutes environ de 235 c. c. — Myosis peu accentué dès le début de l'injection. — C'est seulement vers 80 c. c. que la pupille ferme légèrement. Accélération respiratoire. L'animal est somnolent. — A 175 c. c., infiltration légère de l'oreille droite, on continue l'injection à gauche. Les mouvements respiratoires sont lents et irréguliers; — A 210 c. c., cette lenteur et cette irrégularité s'accentuent. Les pupilles se dilatent fortement. Cris. Quatre à cinq secousses dans le train postérieur et les bras. Trismus. Exophtalmie. — A 220 c. c., perte des réflexes cornéens; — A 235 c. c., mort sans nouvelles convulsions. Une seule miction d'urines, troubles au début de l'expérience.

Autopsie. — Le cœur bat. Congestion rénale intense. Pas d'urine dans la vessie. Foie et poumons congestionnés. Encéphale normal. Coefficient urotoxique, 0,194.

Urines post-paroxystiques. — 21 *mai.* — Eud... a eu deux accès de jour le 18 et trois le 19.

Par suite d'une erreur commise par la surveillante qui ne croyait pas la série terminée, on n'a recueilli l'urine que le 20 à partir de 6 heures du soir jusqu'au 21 même heure. Quantité = 1320 c. c. Il y avait donc plus de vingt-quatre heures après le dernier accès. Réaction acide, filtrée.

Lapin de 2 kil. 100. — Injection en 25 minutes environ de 176 c. c. d'urines. — Myosis 35 seulement. A partir de ce moment les respirations s'accentuent rapidement et deviennent superficielles comme dans les urines post-paroxystiques; — A 120, respiration irrégulière, lente et profonde; — Vers 140, exophtalmie légère. — A 176, mouvements convulsifs intenses. Convulsions toniques de la face et des muscles des yeux à la suite des convulsions toniques. Mort. — Pas de miction.

Autopsie. — Congestion rénale et hépatique. Pas de congestion pulmonaire ni encéphalique. Le cœur bat. — Coefficient urotoxique, 0,308.

Relevé des accès d'Eud...

21	mars.	Un grand accès de jour.
26	—	— —
27	—	— —
—	—	Un accès incomplet de jour.
28	—	Un grand accès de jour.
5	avril.	Un accès incomplet de jour.
7	—	Deux accès incomplets de jour.
8	—	Deux grands accès de jour.
9	—	Un — —
13	—	Deux — —
21	—	Un — —
22	—	Un accès incomplet de jour.
—	—	Un accès de nuit.
24	—	Un grand accès de jour.
25	—	Trois grands accès de jour.
—	—	Un accès de nuit.
26	—	Deux accès incomplets de jour.
27	—	— — —
2	mai.	Un accès de nuit.
3	—	Deux grands accès de jour.
7	—	— — —
12	—	Un accès de nuit.
18	—	Deux grands accès de jour.
19	—	Trois — —
—	—	Un accès de nuit.

Hug..., âgée de trente-cinq ans, est dans le service depuis plusieurs années. Elle a des accès quotidiens en série, suivis de délire avec agitation maniaque pendant plusieurs jours, puis d'une période de calme avec abrutissement. Son intelligence baisse beaucoup. Elle remplit maintenant ses fonctions d'ouvrière de magasin avec difficulté.

Urines préparoxystiques. — *4 avril.* — Hug.... Poids, 57 kil. 500. Le 3 avril elle sent les « secousses » qui, chez elle, précèdent la série des accès.

Urines Q = 2000 c. c. du 3 avril 7 heures matin au 4. Acides claires. Filtrées. Le premier accès de la série est survenue le 4 à midi.

Lapin de 2020 grammes. — En 1 h. 30, injection de 580 c. c.; — jusqu'à 70, rien à noter chez le lapin qui reste absolument tranquille. — Vers 70, le myosis commence à apparaître et la respiration s'accélère un peu. — A 130, arrêt de l'injection pour changer l'aiguille d'oreille. Reprise : l'animal est toujours somnolent. — Nouvel arrêt à 235, pour la même raison. Reprise sans incident. Vers 300, la pupille se dilate légèrement. L'exophtalmie apparaît nettement à partir de 360. — Quelques secousses dans l'arrière-train sans caractère précis à 430. — A 580, on arrête l'injection. L'animal dont les réflexes cornéens sont lents et paresseux depuis quelques instants reste couché sans bouger. Il meurt cinq minutes après la fin de l'injection sans convulsions. 4 mictions abondantes d'urines claires pendant l'injection des trois cents premiers centimètres cubes.

Autopsie. — Congestion rénale, pulmonaire, cérébrale intense. Epanchement de liquide dans le péritoine. Coefficient urotoxique, 0,121.

Urines pendant l'accès. — *5 avril.* — Hug... a eu, le 4 avril, un grand accès à midi, un accès de nuit du 4 au 5; le 5 avril à 7 heures du matin, à midi, à 4 heures et demie du soir, un grand accès.

L'urine a été recueillie du 4 de 2 heures après midi au 5, même heure. Q = 1600 c. c. La surveillante affirme que rien n'a été perdu. A réaction acide, claires, non naphtolées, filtrées.

Lapin de 1820 grammes. — En 30 minutes environ injection de 220 c. c.. — Myosis franc vers 45. — Accélération des mouvements respiratoires.

On monte progressivement; l'animal sans secousses est somnolent, la respiration devient lente et profonde vers 160 c. c., l'exophtalmie commence, les pupilles se dilatent un peu. — A 210, quelques secousses sans caractère bien net. L'exophtalmie qui a été en s'accentuant depuis 160, est énorme. Mort à 220, sans accès convulsif. Plusieurs mictions d'urines claires pendant l'injection.

Autopsie. — Congestion pulmonaire aux bases, sans infarctus, congestion des reins. Coefficient, 0,229.

12 *avril.* — Hug... a eu son dernier accès le 5 avril dans la nuit. Après une journée d'obnubilation, elle est entrée dans son trouble mental habituel. Pendant plusieurs jours, elle a été très agitée,

elle criait ses visions. Le 8 avril, on cherche à recueillir l'urine, mais la malade est tellement indocile qu'on ne peut recueillir la totalité des vingt-quatre heures.

Urines pendant le délire. — Le *11 avril*, l'excitation des premiers jours commence à tomber. Hug... a son délire habituel sans grande agitation :

« Dans le bois de Beuvray, je serai délivrée et vous aussi. Sainte Catherine n'est pas venue. Il n'était pas là. » La langue est un peu blanche, cependant la malade mange avec assez d'appétit.

On recueille l'urine du 11 avril, 2 heures après midi, au 12, même heure. Totalité : 1.240 c. c. Urines non albumineuses, acides, filtrées, non naphtolées.

Lapin de 1.950 grammes. — Injection en quarante minutes de 272 c. c. Pendant les 100 premiers c. c., pas de myosis, au contraire, dès le début, mydriase légère; — vers 40, on obtient de l'accélération respiratoire; — à 120, arrêt de trois minutes dans l'injection, parce que l'aiguille est obstruée; — vers 135, la respiration devient bruyante, irrégulière, très profonde, toujours sans myosis; — vers 160, commence l'exophtalmie qui progresse jusqu'à la mort; — à 190, nouvel arrêt dans l'injection pour changer l'aiguille d'oreille; — à 230, secousses irrégulières dans le tracis postérieur. Exophtalmie énorme, paresse du réflexe cornéen; — à partir de 230, quatre à cinq secousses sans caractères toniques francs se répètent jusqu'à la mort. Exophtalmie énorme, le réflexe cornéen, de plus en plus faible, disparaît. La mort n'est pas survenue à l'occasion d'une convulsion. L'animal a eu une miction abondante d'urines claires dans les derniers moments de l'injection et plusieurs défécations.

Autopsie. — Congestion rénale. Œdème pulmonaire, intense aux deux bases. Congestion du cou et de l'encéphale. — Coefficient urotoxique : 0,155.

Urines pendant et à la fin du délire. — *19 avril.* — Hug... ne délire plus depuis hier soir; on a pu l'envoyer à l'atelier ce matin.

Urines recueillies le 18 à partir de 6 heures du matin, jusqu'au 19 même heure. Naphtolées à réaction acide, filtrées. Totalité : 1.480 c. c. environ.

Lapin de 1 kil. 575. — En trente-cinq minutes, injection de 233 c. c.; — myosis net vers 40 c. c., peu d'accélération des mouvements respiratoires pendant toute la durée de l'injection : somnolence; — vers 170, respiration irrégulière, exophtalmie commençante; — mort à 233, après plusieurs secousses *cloniques.* Une miction abondante, plusieurs défécations.

Autopsie. — Congestion rénale et pulmonaire sans embolies. — Coefficient : 0,173.

Urines pendant la période de calme. — 28 *avril.* — Hug... peut être considérée comme étant dans sa période calme. Elle n'a pas de délire depuis la dernière injection.

Urines recueillies du 26 au 27 avril. Naphtolées à réaction acide, filtrées. Q = 1.500 c. c.

Lapin de 3 kil. 300. — En quarante-cinq minutes environ, injection de 405 c. c.; — myosis léger vers 60 c. c., mais il ne va pas en s'accentuant progressivement. La respiration est bruyante, mais peu accélérée. L'exophtalmie commence vers 300 c. c. La mort survient après de nombreuses secousses *cloniques*. L'animal ne se détend pas brusquement en opistothonos, mais le tracis postérieur, le tronc, les membres antérieurs se contractent en quelque sorte d'une façon rhytmique dans les derniers moments de l'infection. La mort survient dans l'une de ces convulsions. Plusieurs mictions et plusieurs défécations pendant l'injection.

Autopsie. — Congestion rénale et pulmonaire intense. — Coefficient urotoxique : 0,212.

4 *mai* 1892. — On profite de la période d'obnubilation qui suit immédiatement la série de Hug... pour recueillir l'urine des vingt-quatre heures. Hug... est sans accès depuis hier (3 *mai*), 2 heures de l'après-midi; le soir du 4 mai, commencement de la période délirante.

Urines recueillies du 3 mai, 4 heures du soir, au 4 mai, même heure. — Totalité, affirmée par la surveillante : 780 c. c. seulement.

Lapin de 3 kilogrammes. Myosis tardif vers 40 c. c. seulement. L'accélération respiratoire est un peu marquée au début par suite d'injection d'une ou deux bulles d'air dans la veine; — l'exophtalmie commence vers 110 c. c.; — la mort survient à 140, après des *convulsions toniques répétées et très intenses.* — Coefficient urotoxique : 0,294.

Relevé des accès de Hug...

4 avril. Une attaque complète de jour.
4 — — de nuit.
5 — Trois attaques complètes de jour.
5 — Une attaque complète de nuit.
Du 6 avril au 28. Délire.
30 avril. Une attaque complète de jour.
1er mai. Deux attaques complètes de jour.
2 — Une attaque complète de jour.
3 — Deux attaques complètes de jour.

(*A suivre.*)

CLINIQUE NERVEUSE

L'AMBLYOPIE TRANSITOIRE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES VISUELS DANS LES MALADIES NERVEUSES ;

par le Dr ALBERT ANTONELLI.

Au point de vue des maladies du système nerveux, les *amblyopies* et *amauroses* (troubles de la vision *sans lésion du fond de l'œil*) peuvent se diviser en *persistantes* et *transitoires ;* et il faut appeler *transitoires*, celles, où le trouble de la vision (quelle que soit la forme et l'intensité qu'il présente) dure un temps très court, sous forme de crises, souvent accompagnées par d'autres troubles nerveux. Ces troubles passagers de la vision ont reçu les noms de *migraine ophtalmique*, de *scotôme scintillant*, d'*amaurose partielle fugace*, de *teïchopsie*, etc. Mais, chacune de ces dénominations, proposées par les différents auteurs, a le défaut d'indiquer simplement une des formes cliniques, assez variables, selon lesquelles l'*amblyopie transitoire* se manifeste.

Au fur et à mesure que les travaux des neurologistes (surtout de Charcot et de son école) ont rattaché cet ordre de troubles visuels, accompagnés ou non du syndrôme migraineux et d'autres, à l'épilepsie sensitive sensorielle, à l'hystérie, au début de la démence paralytique, etc., l'idée d'envisager l'*amblyopie transitoire* plus largement, d'en subordonner les différentes formes cliniques aux connaissances de la physiopathologie des centres nerveux devait s'imposer. Voilà, justement, le plan de ce travail.

Nous nous proposons, donc, d'examiner les *différentes formes de l'amblyopie transitoire*, surtout les moins étudiées jusqu'à présent, de les mettre en évidence comme troubles visuels accompagnant différentes maladies nerveuses, et d'en esquisser la physiopathologie, d'après nos connaissances

actuelles sur les centres de la vision et les données de la neuropathologie.

Puisque c'est l'amblyopie transitoire qui se présente sous des formes diverses, tandis que le syndrôme nerveux (migraine, troubles de la parole, etc.) peut en accompagner n'importe quelle forme, nous croyons préférable d'énumérer d'abord les *types cliniques de l'amblyopie transitoire*, à l'aide de quelques observations recueillies par nous-même, pour indiquer ensuite les troubles nerveux concomitants, étudier enfin la physiopathologie de l'affection et ses rapports avec les différentes maladies nerveuses.

§ Ier. — FORMES CLINIQUES DE L'AMBLYOPIE TRANSITOIRE. — A la vérité, la classification qui va suivre pourrait sembler assez artificielle, puisque plusieurs cas d'amblyopie transitoire nous présentent des formes mixtes (par exemple hémiopie ou véritable migraine ophtalmique accompagnées de scintillement), et puisque chez le même malade les accès d'amblyopie peuvent se succéder avec des formes différentes. Néanmoins, il nous a paru utile de la conserver, soit pour rendre plus claire la description symptomatologique, soit pour nous servir de cette analyse dans les conclusions sur la physiopathologie de l'affection.

a). *Forme du scotôme scintillant.* — Les premiers cas d'amaurose partielle temporaire sont dus à Vater (1723) et Demours (1762), selon Pravaz (1825). Mais le travail de Piorry (4)(1831) est le premier dans lequel le scotôme scintillant se trouve exactement décrit, et où le trouble visuel est considéré comme un symptôme prodromique de la migraine.

Cette forme d'amblyopie transitoire peut se présenter, ainsi que les autres, accompagnée ou non du syndrôme migraineux. La cause qui provoque quelquefois les accès, chez les individus qui y sont déjà prédisposés, sont les troubles de la digestion gastrique ou la fatigue intellectuelle (lecture prolongée, travail après les repas) ou n'importe quel excès.

L'attaque est essentiellement constituée par un scotôme, le plus souvent périphérique, et par des phénomènes de photestésie scintillante[1].

[1] Les notions qui suivent sont résumées pour la plupart d'après l'excellente thèse de M. Baralt.

Le malade dit que, pendant une sensation de malaise, il voit apparaître devant l'un de ses yeux, et quelquefois devant les deux, un brouillard qui enveloppe le contour des objets, de telle sorte que ceux-ci semblent s'y perdre et acquérir, lorsqu'ils sont fixés, des dimensions parfois plus grandes, parfois plus petites, qu'ils n'ont pas en réalité.

Bientôt ce brouillard qui commence dans un endroit limité, non loin du point de fixation, s'élargit graduellement et s'accompagne à la vision d'une sorte d'atmosphère en mouvement, semblable à l'air chauffé qui entoure un poêle. Ce sont parfois des lignes brisées que le malade voit, des arcs diversement colorés, des flammèches, des points brillants, ou encore un globe de feu ou une espèce de roue dentelée, qui est rouge, blanche ou phosphorescente, animée de vibrations.

Plus souvent encore il y a le scintillement caractéristique. — Les sujets qui savent bien observer leurs accès (par exemple M. Baralt, dans sa thèse (20), ou bien le malade dont M. Javal a montré un dessin [1]) nous disent le plus souvent que le scotôme commence sur un endroit limité de la périphérie du champ visuel et gagne graduellement presque toute l'étendue du champ visuel, de façon à rendre un œil, ou les deux à la fois, presque aveugles. Alors, les limites de ce scotôme leur apparaissent faits par des lignes en zigzag, ou par des angles comme les pointes d'une roue dentelée, ou par un dessin sinueux semblable aux créneaux d'une forteresse.

Le plus souvent ces phénomènes, de même que les étincelles, flammèches, cercles colorés, etc., n'occupent que la moitié du champ visuel (monoculaire ou binoculaire), le champ de la fixation demeurant respecté. Lorsque l'accès commence à se calmer, le champ visuel s'éclaircit de nouveau, à partir de l'endroit même où le scotôme eut son commencement.

Le trouble visuel, qu'il soit monoculaire ou binoculaire, est souvent précédé ou suivi de maux de tête, dont l'hémicraine est la forme habituelle, parfois encore de nausées et de vomissements.

Il y a des cas, où les troubles oculaires en forme de scotôme scintillant ont succédé à des accès de migraine commune, et l'ont en quelque sorte remplacée ; c'est-à-dire, qu'un individu qui souffre de la migraine ordinaire, sans aucun trouble du

[1] Compte rendu de la Société d'ophtalm. de Paris, séance du 1er juillet 1890.

côté de la vision, peut voir, par suite de l'âge, les grands accès douloureux remplacés par les troubles visuels du scotôme scintillant (exemple le cas de M. du Bois-Raymond, relaté dans la thèse de M. Baralt, et le cas de Tissot).

Lorsque les accès sont accompagnés de migraine, le scotôme apparaît, dans le champ visuel, du côté où siège la migraine. Quelquefois pendant l'accès le malade a la sensation que son œil est poussé au dehors, ou au contraire violemment enfoncé dans l'orbite.

Le scotôme est presque toujours relatif, c'est-à-dire à demi transparent. Il peut se présenter sur un seul œil, mais presque toujours il saisit les deux à la fois, sous forme de *scotômes symétriques*, autrement dit *hémianopsie partielle*.

Quelquefois on remarque des alternatives de flamboiement vif et de simple obscurcissement dans le champ visuel ; quelquefois encore le sujet croit déjà l'attaque passée, lorsqu'elle n'est simplement qu'atténuée, et le scotôme presque transparent se met tout à coup à flamboyer de nouveau (*crises subintrantes*).

Barry dit, à propos de son observation personnelle, qu'en couvrant les yeux de ses mains, le scintillement lui était encore perceptible à la même place, et ce qui avait été un nuage semi-opaque apparaissait plus clair dans le champ noir de l'obscurité. Après vingt minutes ou une demi-heure le nuage faiblissait, tandis que le scintillement continuait encore un peu. Les accès n'étaient pas suivis de migraine, mais semblaient tout de même en rapport avec l'état de l'estomac, puisqu'ils disparaissaient généralement avec du gargouillement stomacal suivi d'éructations.

Dans le cas de Dianoux (13), le scotôme revêtait quelquefois la forme hémiopique (amblyopie dans la moitié droite du champ visuel monoculaire et binoculaire) et son bord tourné vers le point de fixation avait une forme concave.

Après cinq minutes le scintillement apparaissait, d'abord sous forme de flammes, ensuite d'arcs lumineux et vibrants ; une fois (dans la première attaque), ces phénomènes dépassèrent la ligne médiane pour envahir tout le champ visuel, rendant les yeux tout à fait aveugles. Une autre fois Dianoux eut le scotôme limité presque entièrement à l'œil droit, à peine accompagné d'un léger obscurcissement de la vision à gauche, sans scintillement.

Les rudiments du scotôme scintillant (tel que les a observés sur lui-même Dianoux, après avoir éprouvé des attaques complètes) consistent dans la sensation d'étincelles brillantes et instantanées, accompagnées parfois de quelques douleurs névralgiques passagères, à la suite de veille ou de troubles gastriques.

La durée des accès est en général de quinze minutes à une heure, à une heure et demie et plus. D'ordinaire le scintillement survient peu après le trouble de l'acuité visuelle, se prolonge seulement pendant quinze minutes à une demi-heure, et après, pendant une durée de quelques minutes à une demi-heure, un simple scotôme persiste encore.

L'ophtalmoscope a démontré quelquefois l'ischémie de la rétine pendant les accès, mais le plus souvent il donne des résultats tout à fait négatifs.

Dans l'immense majorité des cas, l'acuité visuelle reste intacte malgré de longues années de souffrance (pendant trente ans chez un cas de Testelin (14). Néanmoins le scotôme peut persister bien longtemps, dans quelques cas exceptionnels [1].

On ne pourrait pas assigner de règles fixes, quant à la marche du scotôme scintillant et, en général, il en est de même pour les autres formes d'amblyopie transitoire.

Chez les sujets déjà migraineux les accès peuvent présenter une périodicité remarquable ; chez ceux où la migraine fait défaut, ou elle a été remplacée par les attaques d'amblyopie transitoire, ces dernières présentent une marche très irrégulière, l'amblyopie peut ne se présenter qu'une ou deux fois dans la vie, ou survenir avec une fréquence relative et après des causes occasionnelles, telles que nous les avons rappelées.

b). Forme de *migraine ophtalmique*, proprement dite. — Dans cette forme de névrose, le *syndrôme migraineux* est ce qui frappe le plus l'attention du malade et du médecin.

Quant à l'amblyopie, elle peut se présenter sous différentes formes (hémiopie, scotôme périphérique, etc.) et elle peut être suivie ou non des phénomènes du scintillement.

Pour nous épargner toute redite, et sans insister sur le syndrôme migraineux qui se trouve si bien étudié dans tous les traités récents de médecine interne et de neuropathologie, nous nous bornerons à mettre ici en évidence les rapports généraux entre l'accès d'amblyopie et le syndrôme migraineux.

[1] A ce propos, l'observation rapportée par M. Galézowski dans son ouvrage de 1877 (16), nous semble très importante.

Plusieurs cas d'amblyopie transitoire, même caractérisés par des accès bien complets, longs et fréquents, peuvent rester pendant une longue suite d'années non accompagnés du syndrôme migraineux. Ce sont les formes de *migraine ophtalmique* que l'on a appelées *frustes* (Féré, Charcot).

D'autre part, un grand nombre de sujets atteints de migraines périodiques n'ont jamais d'attaques d'amblyopie temporaire. Enfin, chez un même sujet, les accès de migraine et d'amblyopie temporaire peuvent alterner (*formes dissociées* de la migraine ophtalmique) ou se présenter ensemble, seulement pendant un certain temps, ou encore les uns peuvent se substituer aux autres.

Ainsi, par exemple, dans un cas relaté par Baralt (20), un jeune homme de vingt ans souffrant de migraines (hérédité maternelle) depuis son enfance, eut les troubles visuels seulement pendant une année (de quatorze à quinze ans). Les accès se produisaient deux ou trois fois par mois, pendant le travail du matin, entre 6 et 7 heures, et prenaient parfois la forme du scotôme central bilatéral, parfois encore la forme hémiopique. De quinze à vingt ans les attaques de migraine vulgaire avaient continué sans aucun trouble visuel.

Il peut encore arriver, chez quelques femmes qui souffrent de migraine à l'époque des règles, que *quelques-unes seulement*, de ces attaques périodiques soient accompagnées d'amblyopie temporaire, et plus rarement encore d'autres troubles nerveux, tels que l'embarras de la parole ou l'engourdissement d'un membre (cas de Baralt).

La douleur céphalique suit les troubles visuels dans un espace de temps qui varie de quelques minutes à une demi-heure, à une heure, rarement plus. Elle commence ordinairement dans la région de la tempe ou dans le pourtour de l'orbite, pour gagner ensuite la moitié du crâne et, quelquefois encore, mais avec moins d'intensité, l'autre côté. Plus tard, surviennent une sensation de vertige, des nausées et des vomissements, qui, en plusieurs cas, marquent la fin de l'accès. Parfois encore on observe de l'aphasie, ou plus rarement des troubles de la sensibilité ou de la motilité.

La marche de la migraine ophtalmique est très variable. Elle est parfois périodique (de même que la migraine simple) et revient tous les mois, toutes les semaines ou tous les jours, comme chez certaines femmes pendant leurs règles.

Dans d'autres cas on a une seule, ou deux, ou trois attaques irrégulièrement espacées. La durée des accès est aussi très variable, mais, d'ordinaire, les troubles visuels durent d'un quart d'heure à une demi-heure, rarement plus, tandis que la migraine continue plusieurs heures encore, ou toute une journée.

c). *Forme hémiopique et rétrécissement concentrique du champ visuel.* — Nous examinerons ensemble ces deux formes de l'amblyopie transitoire, qui, liées l'une à l'autre, se prêtent le mieux, comme nous le verrons, à l'étude physiopathologique du trouble visuel dont nous nous occupons.

L'*hémiopie transitoire*, à part les cas qui tirent leur origine de lésions organiques de l'encéphale [1], peut être la forme de scotôme sous laquelle, comme nous venons de le dire, se présente soit la véritable migraine ophtalmique, soit le scotôme scintillant. Dans ce dernier cas (*scotôme scintillant hémiopique de Mauthner*) il s'agit le plus souvent d'*hémiopie partielle*, tandis que dans la migraine ophtalmique commune l'*hémianopsie totale* est plus fréquente.

Les premières observations d'hémiopie fugace sont trois cas rapportés par Vater (1733) dans une dissertation latine à Wittemberg. Plus tard nous trouvons les deux observations de Wollaston et d'Arago (1824).

Il y a des cas (par exemple celui de M. Verneuil, relaté par Baralt) d'hémiopie passagère survenue en parfait état de santé, sans autre cause appréciable que le brusque passage d'un endroit chauffé à un autre excessivement froid, suivis de violente névralgie de toute la tête, mais sans nausées, ni vomissements, ni autres symptômes généraux.

L'hémiopie qui succède au scotôme scintillant atteint en général les deux yeux, est homolatérale et n'empiète pas sur le point de fixation. Le scintillement, néanmoins, dépasse très souvent la ligne médiane.

Une observation intéressante d'amblyopie transitoire à forme d'*hémiopie homonyme* (*à droite*), est encore celle de M. Mazza (45). Le trouble visuel était sans doute bilatéral, et la ligne de démarcation passait par le point de fixation. La première attaque dura 10 à 12 minutes, et la seconde, surve-

[1] Rappelons le cas de Wollaston, qui fit époque pour les études sur la localisation de l'hémiopie typique permanente, mais qui n'aurait pas de valeur pour ce qui concerne la véritable *hémiopie transitoire.*

nue de même après des excès, se prolongea un peu plus. Pas de scintillement, mais de la photophobie ; pas de migraine, seulement des vertiges qui précédaient le trouble visuel.

L'hémiopie transitoire latérale *monoculaire* semble bien rare, d'après les observations publiées. Encore plus rares sont les cas enregistrés, où l'hémiopie intéressait la *moitié inférieure ou supérieure du champ visuel.* Une seule observation (de Charcot, relaté par Féré) démontrerait la possibilité d'*hémiopie transitoire binoculaire nasale*[1].

L'hémiopie transitoire survient graduellement ou subitement, et dans la plupart des cas elle est *suivie* par les photestésies du scotôme scintillant. Les troubles visuels, tout en occupant la moitié du champ de la vision binoculaire, semblent assez souvent prédominer dans un œil; et parfois, dans ce même œil, le malade accuse une sensation de tension (Finck) ou de battement de pouls (Galézowski).

La diminution du champ visuel atteint plus souvent la forme d'un rétrécissement latéral du champ visuel, que celle d'une véritable hémiopie [2]. Très rarement l'obscurcissement avance jusqu'à l'amaurose complète (partielle et passagère, bien entendu).

Voici, maintenant, un cas d'amblyopie transitoire accompagnée de migraine et d'autres troubles nerveux, sous *forme de rétrécissement concentrique soudain du champ visuel.* Je dois l'observation à M. Parinaud, et je m'empresse de le remercier de l'extrême obligeance qu'il a mis à m'aider dans ce travail.

Mme Françoise Hus... (39 ans).

Antécédents héréditaires. — Père nerveux, d'un caractère très violent, mère morte tuberculeuse. Oncle maternel mort fou à cinquante ans. — Une tante maternelle alcoolique et sujette à des crises nerveuses. Des neuf frères et sœurs, que la malade avait, un est mort

[1] « Le malade commençait par éprouver une sensation d'anxiété à la région précordiale, puis survenait l'hémiopie, tantôt latérale, tantôt nasale. Dans ce dernier cas, le malade disait qu'il éprouvait la sensation d'un grand rond noir, qui l'*empêchait de voir en face, en lui permettant de bien voir à droite et à gauche du champ visuel.* Jamais de scintillement. Engourdissement de la main droite, et quelquefois aussi de la gauche. Troubles de la parole seulement à la fin des accès. Migraine violente.

[2] Cette particularité se rattache à la question de la fausse hémiopie chez les hystériques, dont nous parlerons plus bas.

de maladie d'Addison à l'âge de vingt-cinq ans, un second de tuberculose pulmonaire et deux de péritonite tuberculeuse.

Depuis l'âge de neuf ans, la malade est sujette à des engourdissements d'une moitié du corps, qualifiés par M. Charcot d'épilepsie partielle (sensitivo-sensorielle) avec embarras de la parole. L'engourdissement débutait toujours par le petit doigt de la main et du pied (sensations de froid), puis se généralisait à toute la moitié du corps, il était bientôt suivi d'embarras de la parole et de troubles dans les idées. Non seulement la malade ne pouvait pas articuler les mots qu'elle voulait, mais elle ne se rendait pas bien compte de ce qu'elle faisait et elle prononçait des paroles incohérentes, dont elle ne gardait aucun souvenir après la crise.

La *crise de paralysie*, comme l'appelle la malade, durait tantôt un quart d'heure, tantôt une demi-heure et était suivie de violent mal de tête.

Les crises se développaient tantôt dans le côté droit, tantôt dans le gauche. Elles revenaient deux fois par mois environ, et n'ont jamais été accompagnées de troubles visuels.

Depuis cinq ans, c'est-à-dire vers l'âge de trente-quatre ans, ces crises d'*épilepsie sensitivo-sensorielle* ont été remplacées par de l'amblyopie transitoire, revêtant des formes diverses. Les attaques sont caractérisées par de l'obscurcissement de la vision et du scintillement, allant parfois jusqu'à la cécité absolue dans les deux yeux pendant dix à quinze minutes.

L'amblyopie n'a jamais la forme typique de l'hémiopie latérale. L'obscurcissement débute tantôt de haut en bas, tantôt de bas en haut, affectant dans les deux yeux, la forme d'une hémiopie supérieure ou inférieure.

Dans d'autres cas l'obscurcissement commence dans le côté temporal, simultanément dans les deux yeux, pour aboutir à l'obscurcissement complet du champ visuel.

Quand la cécité n'est pas absolue, il arrive que la malade ne conserve que la partie centrale du champ visuel intacte. « Il lui semble, dit-elle, qu'elle regarde à travers un tube. »

Les crises d'amblyopie, comme autrefois celles d'épilepsie sensitivo-sensorielle, sont suivies de troubles dans les idées, de sorte que la malade fait une chose pour une autre; mais, il n'y a pas d'embarras de la parole ni aucun symptôme d'engourdissement dans aucune partie du corps.

Les crises d'amblyopie sont plus fréquentes que l'étaient jadis les crises épileptiques. Depuis bientôt un an ces crises surviennent tous les jours, presque trois à quatre fois par jour. Elles sont plus fréquentes lorsque la malade travaille. Si elle était sérieusement occupée, dit-elle, cela la prendrait presque continuellement. Chaque crise dure de quinze à vingt minutes à peu près, mais elle est toute la journée souffrante. Pesanteur dans la tête et les

yeux, surtout lorsqu'une crise l'a prise dans la matinée. Somnolence presque continue, mais surtout pendant et après les crises.

Etat des yeux. — Un peu de rétrécissement du champ visuel (à 70° du côté temporal, 45° du côté nasal — égal dans les deux yeux). Emmétropie dans les deux yeux, $V = \frac{5}{10}$. La diminution de l'acuité visuelle ne s'explique ni par astigmatisme (régulier ou irrégulier), ni par l'aspect du fond de l'œil qui est normal. Un peu de diminution de l'amplitude de l'accommodation. Pupilles réagissent normalement. Pas de troubles des muscles oculaires.

Une autre observation, que je n'ai pas pu recueillir directement et qui m'a été communiquée par M. Parinaud, concernait un homme très intelligent, qui se plaignait de simples crises d'amblyopie transitoire, accompagnées parfois du syndrôme migraineux. Il décrivait si bien le scotôme, avançant de la périphérie du champ visuel vers le point de fixation, que lorsqu'on le fit regarder à travers le trou sténopéique, il affirma que sa vue pendant l'accès était tout à fait réduite dans les mêmes conditions.

d). *Amblyopie transitoire centrale.* — Cette forme paraît moins fréquente que la forme hémiopique. Non rarement, néanmoins, l'amblyopie transitoire peut gagner le point de fixation et atteindre, comme dans notre observation ci-dessus, tout entier le champ visuel. — Les cas où le malade dit de n'éprouver autre sensation que d'*un simple obscurcissement de la vue* (exemple les cas de Raullet 31) sont évidemment des cas de *scotôme central, monoculaire ou binoculaire, transitoire.* Parmi les observations de ce genre, il nous semble utile de résumer celles de Parry (2) et de Hilbert (51).

Parry dit : « Qu'après une violente fatigue, surtout lorsqu'elle était accompagnée d'un jeûne de huit à dix heures, il était souvent atteint d'une *perte soudaine de la vision.* « Quand je fixais un objet quelconque, il me semblait voir une ombre plus ou moins opaque interposée entre mes yeux et l'objet, de telle façon que je le voyais indistinctement, et quelquefois pas du tout; l'ombre me semblait plus généralement être placée exactement au milieu de l'objet, pendant que ma vue pouvant embrasser les contours était claire et distincte comme d'habitude. En conséquence, si je désirais voir un objet j'étais obligé de le regarder de côté. »

Nous pouvons rattacher cette observation à la forme de

scotôme scintillant, puisque Parry ajoute que dans d'autres circonstances, quoique beaucoup plus rarement, le nuage était placé en dehors du point de fixation, et que peu d'instants après le bord supérieur du scotôme lui apparaissait limité par une bordure de lumière en forme de zigzags et scintillant presque à angles droits dans le sens de la longueur.

Ce qui est encore intéressant, dans l'observation de Parry, c'est que le *scintillement* paraissait toujours avoir lieu dans un seul œil, tandis que le scotôme central persistait également dans les deux côtés, en regardant un objet avec un seul œil ou avec les deux ensemble.

L'autre observation, de Hilbert se rattache aussi au scotôme scintillant, puisque l'amblyopie transitoire centrale était accompagnée de photesthésie périphérique. Elle présente encore un intérêt spécial dans l'existence d'un pouls artériel de la rétine pendant les accès.

Il s'agissait d'un homme de trente-sept ans, vigoureux, mais atteint d'hémicraine, qu'Hilbert déclare *sympathicotonique*, du côté gauche. Les accès survenaient deux à trois fois par an, sans aucun symptôme précurseur, et duraient pendant plusieurs heures, des fois même une journée, souvent accompagnés de nausées et vomissements. Le malade se présente un jour pendant son accès : à 7 heures du matin il avait été atteint d'hémicraine, à 8 heures survint le *scotôme central* de l'œil gauche, accompagné bientôt de scintillement caractéristique. La pupille gauche était dilatée, les muqueuses pâles, l'artère temporale gauche rigide, le pouls dur (68 pulsations par minute), le malade éprouvait des frissons.

A l'ophtalmoscope, on constatait la pulsation des branches principales de l'artère centrale, visible jusqu'au delà du disque optique.

Pas de troubles gastriques, le cœur normal, les urines aussi.

Immédiatement après une inhalation de nitrite d'amyle, la peau du visage et les muqueuses reprirent leur couleur, et l'acuité visuelle se rétablit ; bientôt le pouls devint moins dur et plus fréquent (80 pulsations) et le pouls artériel de la rétine disparut.

§ II. Rapports de l'amblyopie transitoire avec différentes maladies nerveuses. — Les principales névropa-

thies auxquelles peut se rattacher l'amblyopie temporaire sont : la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie sensitivo-sensorielle, le tabès et la paralysie générale.

Qu'il nous soit permis, avant de parler de ces rapports, de dire quelques mots des autres troubles nerveux qui peuvent en général accompagner les accès d'amblyopie transitoire.

1. Ces troubles sont (en dehors du syndrôme migraineux, que nous avons déjà assez mis en relief) : l'*aphasie*, ou mieux *dysphasie*, les *troubles de la sensibilité*, les *troubles moteurs*, les *syndrômes épileptiformes*.

a). Les troubles de la parole pendant les accès d'amblyopie transitoire, de n'importe quelle forme, se rencontrent assez fréquemment. Ils tiennent le plus souvent à un trouble de l'intelligence, qui rend au sujet les paroles correspondantes aux idées qu'il voudrait exprimer, difficiles à trouver (véritable *dysphasie* ou *paraphasie motrice*). Beaucoup plus rare (cas d'amblyopie transitoire associée à l'épilepsie partielle) est le trouble dans l'articulation des mots, comme si la langue était plus grosse, et tous les mouvements phoniques étaient aussi plus difficiles à exécuter (*dysarthrie*).

Souvent il n'y a qu'un simple embarras de la parole, mais quel que soit le degré de l'aphasie, la soudaineté de son apparition, coïncidant avec des troubles oculaires, jette un trouble profond dans l'esprit du malade.

A côté de ces troubles du langage, nous mettons l'espèce d'*apraxie* qu'éprouvait la malade dont nous venons de donner l'observation (p. 210) : elle ne se rendait pas tout de suite compte des objets qui l'entouraient, de telle sorte que pendant une de ses attaques les plus fortes, elle nous racontait avoir salé de la viande avec du tabac à priser.

Dans d'autres cas on pourrait rencontrer les troubles analogues de la *surdité verbale*, de l'*alexie* ou d'*agraphie ;* comme dans une observation de Charcot, rapportée par Féré (24), et dans quelques observations de Raullet (30 et 31). Les cas dans lesquels les attaques d'amblyopie transitoire sont accompagnés de ces troubles du langage, sont pour la plupart ceux qui démontrent le rapport de l'affection avec l'épilepsie.

Tout le monde sait, en effet, que l'épilepsie à elle seule peut déjà présenter d'une façon transitoire, pendant les attaques convulsives, les troubles de la dysphasie et de la dysartrie verbale.

Enfin, il est intéressant de faire remarquer que l'*aphasie transitoire* s'observe le plus souvent, lorsque dans les formes *associées* d'amblyopie transitoire, les troubles de motilité et de sensibilité de la face et des membres siègent du côté droit. Ce dernier est du reste, comme nous le dirons tout à l'heure, le cas le plus fréquent.

b). Les *troubles de la sensibilité*, qui peuvent accompagner les accès d'amblyopie transitoire, sont des troubles *dynamiques*, ceux de l'hystérie en particulier, ou des troubles de signification plus grave, tels que les accès d'épilepsie partielle avant-coureurs de la paralysie générale.

Ces troubles se manifestent généralement en même temps que l'amblyopie, ou la suivent de près. Nous en parlerons justement en esquissant les rapports de l'amblyopie transitoire avec l'hystérie et avec l'épilepsie sensitivo-sensorielle et la démence paralytique. Ce sont, en général, des troubles localisés de la sensibilité générale (sensations d'engourdissement, de fourmillement, etc...) ou bien des sens spéciaux, surtout de l'ouïe (bourdonnements, hallucinations acoustiques). Quelquefois ces troubles de la sensibilité, au lieu de rester limités à un seul côté, peuvent s'étendre à l'autre, comme le montre une intéressante observation de Charcot, relatée par Féré; mais ils prédominent toujours du côté primitivement atteint (le plus souvent du côté droit). Quelquefois encore ils changent de côté dans les accès consécutifs sur le même sujet.

c). Les *troubles moteurs* seront indiqués de même à propos de l'épilepsie partielle et de l'hystérie accompagnées d'amblyopie transitoire. Ils sont plus rares que les troubles sensitifs, puisque dans les deux maladies mentionnées les troubles moteurs sont en général moins fréquents et moins persistants que les troubles de la sensibilité. Il s'agit d'ordinaire de parésies ou de paralysies complètes, s'étendant le plus souvent au bras seulement, parfois au bras et à la face, quelquefois enfin à tout le côté du corps sous forme d'hémiplégie complète (Féré).

2. *Rapports de l'amblyopie transitoire avec la neurasthénie* [1]. — Déjà Béard, dans la dernière édition de son ouvrage clas-

[1] Pour décrire ces rapports, nous nous en tenons surtout aux monographies les plus récentes qui ont paru en France sur la neurasthénie, c'est-à-dire au livre de M. Bouveret, et surtout à celui de M. Levillain.

sique sur la neurasthénie, indique comme étant un des symptômes de cette maladie *le mal de tête et ses différentes formes*.

Parmi ces *formes* il y a la *migraine ophtalmique*, et il est facile de comprendre que, dans un certain nombre de cas, le syndrôme migraineux passe en second lieu, ou même fait défaut, par rapport aux troubles visuels de l'amblyopie transitoire.

Les maux de tête présentent, il est vrai, chez les neurasthéniques, un caractère tout à fait spécial (le casque et les plaques de la céphalée neurasthénique), bien différent de la migraine qui accompagne si souvent l'amblyopie transitoire. Néanmoins, dans certains cas le mal de tête se traduit par une véritable douleur et se complique d'autres accidents, qui apparaissent et disparaissent en même temps et semblent être liés au même processus pathologique : parmi ces symptômes, il est surtout intéressant de remarquer les troubles de la vue, tels que les éblouissements passagers, la sensation de brouillard ou de véritables petits scotômes.

La présence de l'amblyopie transitoire, quelle qu'en soit la forme, dans le syndrôme de la neurasthénie, ne nous étonnera pas si nous songeons que même les *gens nerveux* ou simplement *névropathes* (selon la classification proposée par Levillain) [50] peuvent être atteints de migraines et de troubles visuels passagers.

En outre, comme nous le verrons tout à l'heure, l'amblyopie transitoire tire sa pathogénie de troubles vaso-moteurs de l'écorce cérébrale; et justement les troubles vaso-moteurs du cerveau et de la moëlle jouent, d'après quelques auteurs, entre autres Rosenthal et Béard, un rôle considérable sinon exclusif, dans l'évolution et la marche irrégulière des phénomènes neurasthéniques.

3. *Rapports de l'amblyopie transitoire avec l'hystérie.* — Pour esquisser ces rapports, je ne saurais mieux faire que de m'en tenir à l'excellent *Traité* de M. Gilles de la Tourette (48).

La connaissance exacte des rapports qui unissent la migraine ophtalmique à l'hystérie date de 1888. A cette époque, M. Charcot présenta à ses *Leçons du Mardi* un malade, qui avec d'autres observations a fait plus tard le sujet de l'intéressant mémoire de M. Babinski (43).

Il est vrai, qu'avant ces publications d'autres auteurs, surtout

Galézowski, Féré, Raullet et Robiolis (34), avaient signalé la coïncidence de la migraine ophtalmique et de l'hystérie ; mais, toute interprétation faisait défaut et le lien étroit qui existe entre le syndrôme de l'amblyopie transitoire et la névrose hystérique n'était pas démontré. Dans une thèse récente de M. Fink (52) on trouve réunies les observations non interprétées, antérieures aux cas rapportés par MM. Charcot et Babinski, et deux nouvelles observations qui confirment davantage les rapports dont nous parlons.

L'amblyopie transitoire survient (le plus souvent sous forme de migraine ophtalmique) chez les hystériques, à la façon d'un paroxysme aigu agissant pour son propre compte, ou à la façon de l'aura d'une attaque convulsive (Babinski). Outre les prodrômes ordinaires de tous les paroxysmes (battements dans les tempes, sensation de boule, etc...), on note presque toujours l'existence d'une zone hystérogène, dont la mise en action va directement faire naître le paroxysme migraineux et l'amblyopie transitoire. Cette zone peut siéger dans l'œil lui-même ; alors, la douleur débutera, par exemple, directement au niveau du globe oculaire. Ou encore, la zone peut se trouver ailleurs, au vertex, par exemple ; de là la douleur se propage jusqu'au pourtour de l'orbite et devient très vive. En même temps le malade éprouve une sensation de tremblement de l'aile du nez ou d'autres troubles nerveux, puis survient l'amblyopie et non rarement les phénomènes du scintillement.

Dans un des cas relatés par Babinski, il existait au niveau de la sixième vertèbre dorsale une zone hystérogène, dont la pression faisait apparaître immédiatement le scotôme. Dans un autre cas, la pression d'une zone ovarienne gauche produisait le scotôme, comme en d'autres circonstances elle eut pu déterminer une attaque convulsive. Il est rare que, chez le même malade les attaques convulsives de l'hystérie et les attaques d'amblyopie transitoire soient séparées, alternées et marchant par périodes distinctes.

Comment reconnaître si le syndrôme migraineux et l'amblyopie transitoire sont vraiment de nature hystérique?

Lorsque ces phénomènes constituent l'*aura* d'une attaque convulsive, le diagnostic s'impose. Lorsque l'*aura* de la migraine ophtalmique, sous forme de paroxysme spécialisé, part d'une zone hystérogène dûment constatée, et dont la pression

suffit pour déterminer l'accès, la difficulté n'est pas grande encore. Mais, si la migraine ophtalmique survient chez un sujet porteur de stigmates douteux, comment arrivera-t-on au diagnostic ?

La question serait très importante pour le traitement et le pronostic, mais elle est encore bien difficile à résoudre.

M. Gilles de la Tourette croit, que pour ces cas l'examen des urines pourrait trancher le doute : en effet, la migraine ophtalmique appartiendrait, comme la pseudo-méningite hystérique, aux paroxysmes douloureux; et dans ceux-ci l'analyse, en déterminant la formule clinique qui paraît être pathognomonique[1], permettrait de porter un diagnostic sur l'hystérie.

Mais, il est certain que, même chez les hystériques, l'accès d'amblyopie transitoire pourrait être exempt de migraine; d'autre part, les données de la chimie clinique sur l'hystérie ne sont pas encore si complètes et si sûres, pour nous permettre un diagnostic certain.

La forme hémiopique de l'amblyopie transitoire peut se rencontrer chez les hystériques, sans que cela nous autorise à parler d'*une hémianopsie des hystériques*. Les caractères essentiels de l'amblyopie hystérique (hystérie normale) restent toujours le *rétrécissement concentrique du champ visuel pour la lumière blanche et pour les couleurs, accompagné souvent de certains troubles secondaires de l'accommodation*. Il y a des observations de migraine ophtalmique due à l'hystérie, où l'hémiopie semblait exister (subjectivement, sinon à l'examen objectif); mais toujours à l'état transitoire, non permanent, comme la limitation concentrique du champ visuel. Parmi les treize observations relatées (Babinski et Finck), de migraine ophtalmique due sûrement à l'hystérie, dans quatre d'entre elles la forme *hémiopique* de l'amblyopie transitoire est notée : mais dans trois de ces quatre observations, l'œil, examiné après l'attaque ne présentait plus qu'un rétrécissement concentrique du champ visuel, et dans un quatrième cas (Babinski-Parinaud), l'œil étant examiné au moment même où le malade ne voyait que la moitié des objets, on ne constata pas les caractères objectifs de l'hémiopie permanente, mais la simple augmentation d'un rétrécissement concentrique existant normalement.

[1] Gilles de la Tourette et Châtelineau. — *La nutrition dans l'hystérie*. Paris, 1890.

Cette dernière observation démontrerait — et il serait très intéressant de le confirmer — que l'*hémiopie transitoire* de la migraine ophtalmique due à l'hystérie, résulte de l'exagération temporaire du rétrécissement visuel concentrique, si fréquent chez les hystériques. On aurait, de la sorte, la preuve encore plus sûre que l'amblyopie transitoire est due au même ordre de troubles dynamiques de l'écorce cérébrale, dont l'hystérie tire sa pathogénie[1]. Nous ne saurions rattacher beaucoup de cas d'amblyopie transitoire (accompagnée ou non de migraine) à l'hystérie, puisque le sujet ne présente pas de stigmates hystériques et que le syndrôme dont nous nous occupons, ne présente pas les attributs de l'hystérie, tels que la possibilité d'être modifié par des causes psychiques, de paraître ou de disparaître par la pression sur des zones hystérogènes, etc.

Dans ce cas, et lorsque le sujet ne présente pas d'autres signes de névropathies, l'amblyopie transitoire constitue à elle seule, ou le plus souvent avec les accès migraineux, la névrose rudimentaire qui affirme le tempérament nerveux du sujet.

4. *Rapports entre l'amblyopie transitoire et l'épilepsie.* — L'amblyopie transitoire, dans le sens le plus large de la dénomination, est très fréquente chez les épileptiques. Très souvent, en effet, l'attaque épileptique laisse après elle un certain degré d'amblyopie qui s'efface assez rapidement. D'autres épileptiques immédiatement après l'accès voient trouble, voient les objets grossir ou se rapprocher, des scintillements, des feux d'artifices, des cercles colorés, et ils perdent connaissance lorsqu'ils ont la sensation que ces corps brillants vont arriver sur eux. Les mêmes hallucinations peuvent se rencontrer chez les hystériques. Enfin, l'obscurcissement plus ou moins prononcé de la vue accompagne habituellement le *vertige épileptique*, et, dans certains cas, c'est l'amblyopie qui

[1] Néanmoins, les crises d'amblyopie transitoire et l'hystérie pourraient coexister, sans avoir de liens étroits entre elles. C'est ce qui me semblait démontré, par exemple, par un cas observé à la Salpêtrière (Mlle Lise L..., vingt-neuf ans, consultation du 6 mars 1892), où les crises hystériques s'étaient alternées avec des crises d'*amaurose monoculaire transitoire*, et quelquefois de scotome scintillant, tandis qu'il n'y avait pas de rétrécissement concentrique permanent du champ visuel.

devient prédominante, même sans que la sensation vertigineuse proprement dite existe.

Il est vrai, pourtant, que l'amblyopie transitoire à crises bien caractérisées se montre plus souvent en rapport avec l'*épilepsie partielle* ou *petit mal*, qu'avec la véritable épilepsie ou grand mal. Une observation de Jackson démontra que l'amaurose passagère, sans perte de connaissance, sans vertige, sans phénomènes lumineux, peut constituer une des formes du petit mal, c'est-à-dire en remplacer les attaques. Mais, ces rapports ont été mis en évidence, plus tard, surtout par les observations de Charcot et Féré.

Ces observations nous permettent d'affirmer, que le plus souvent les accès d'amblyopie transitoire et de migraine restent pendant un temps assez long les seuls troubles nerveux du malade, et c'est plus tard seulement que les attaques épileptiques se substituent ou alternent avec la migraine ophtalmique : on rencontre rarement la succession immédiate ou la coexistence de l'accès d'amblyopie transitoire avec les attaques convulsives.

Une de ces observations, dans laquelle une simple migraine périodique avait ouvert la série des troubles nerveux, est remarquable. Plus tard, il survint l'épilepsie partielle, ensuite l'épilepsie généralisée, et après l'amélioration de cette dernière (par suite du traitement et de l'âge) le scotôme scintillant se déclara.

Parmi les observations de Féré et de Raullet, il y en a de très intéressantes, qui démontrent soit la substitution des attaques de migraine ophtalmique et d'épilepsie partielle à l'épilepsie complète, soit le développement parallèle de ces troubles à un point tel, qu'il serait presque impossible de séparer le syndrôme de l'amblyopie transitoire, de la migraine et des attaques épileptiques.

Enfin, la nature épileptique du trouble visuel nous paraît évidente dans l'observation qui suit. Nous la devons encore à M. Parinaud, et elle démontre aussi une forme rare de l'amblyopie transitoire.

M. Haz... (Eug.), vingt-neuf ans. — Souffre de crises d'amblyopie transitoire depuis l'âge de dix-sept ans. — Le trouble visuel se déclare subitement, comme un rideau, dit le malade, qui tombe devant ses yeux et les rend complètement et immédiatement aveugles. Jamais de photesthésie ou de scintillement. La durée de l'amaurose est très

variable, de quelques minutes à plusieurs heures. Parfois il a eu des crises subentrantes. Il lui est arrivé de se réveiller le matin pendant une crise, étant aveugle. L'amaurose disparaît comme elle est venue, tout d'un coup, mais la vue reste un peu confuse pendant une demi-heure environ. Pendant la crise les paupières clignotent constamment, il y a des contractions cloniques des muscles de la face, qui est pâle. Le malade ne perd pas connaissance et n'éprouve pas de vertige : une seule fois, à l'âge de onze ans, il lui arriva de perdre conscience et de se mordre la langue. Pas d'incontinence d'urine la nuit.

Les crises sont très irrégulières. Il reste parfois six mois sans en avoir, parfois il en a plusieurs par semaine et même par jour. — Le retour des crises peut affecter une grande régularité périodique. Un camarade qui l'accompagne, nous confirme que pendant les crises il pâlit, mais il conserve toute sa lucidité d'esprit.

Un jour on le conduit à la clinique pendant sa crise, qui s'était déclarée vers une heure de l'après-midi. Vers deux heures il entre étant parfaitement aveugle, mais quelques minutes après il se frotte les yeux et la vue revient. A ce moment l'ophtalmoscope ne montre rien d'anormal au fond des yeux, si ce n'est une légère teinte rose des papilles.

Le champ visuel est un peu rétréci (70° du côté externe). Le malade distingue confusément les couleurs, mais sa dischromatopsie n'a pas de caractères tranchés : c'est le bleu, le violet et le rouge qui sont le plus mal distingués, tandis que le vert est mieux reconnu ; le jaune est également mal distingué. Souvent le malade désigne les couleurs par leurs complémentaires. Il y a un peu d'hypermétropie, avec une acuité sensiblement normale (O D $+ 1$; O G $+ 1{,}5$ et V. $= \frac{5}{7}$ des deux côtés).

Le lendemain le malade a encore une crise. Il s'est réveillé étant aveugle, et seulement au bout de quelques minutes la vue revient.

Une autre crise encore au bout de quatre jours, le matin ; et la cécité complète (le malade ne distingue pas le jour de la nuit), dure cette fois pendant neuf heures. Lorsque la vue revient, elle est trouble, les objets environnants ont l'air de se mouvoir, les couleurs ne sont pas distinguées. Seulement au bout d'une demi-heure la vue et la perception des couleurs se rétablissent tout à fait.

Pas d'antécédents ou d'autres stigmates nerveux, si ce n'est le caractère assez emporté du sujet.

5. *Les rapports entre l'amblyopie transitoire et le tabès* seraient démontrés par une observation de Féré, où les phénomènes tabétiques se déclarèrent à l'âge de trente-six ans après de longues attaques de migraine ophtalmique et d'épilepsie

partielle ou complète. En outre, Raullet rapporte deux observations recueillies dans le service de M. Charcot, dans lesquelles les attaques d'amblyopie transitoire figurent parmi les accidents prodromiques de l'ataxie locomotrice, et d'autres cas analogues ont été signalés par Duchenne.

6. *Rapports entre l'amblyopie transitoire, l'épilepsie partielle et la paralysie générale progressive.* — *a*). Ces rapports sont signalés pour la première fois dans une observation de M. Parinaud (33). Pour les mettre bien en lumière, nous nous servirons surtout de quelques observations cliniques, la plupart inédites, recueillies à la Salpêtrière (épilepsie partielle accompagnée d'amblyopie transitoire) et d'une note de M. Magalhaës Lemos (47) sur l'épilepsie sensitive comme début de la paralysie générale.

Sous le nom d'*epilepsie partielle* (sensitivo-sensorielle, ou motrice, ou mixte) M. le professeur Charcot a indiqué le premier un trouble nerveux que nous devons rappeler ici en quelques lignes. Dans sa manifestation la plus simple, le trouble se présente par accès, qui surviennent à intervalles plus ou moins longs, et consistent en une sensation particulière de fourmillement et d'engourdissement limités à une partie du corps. Sous l'influence d'une impression psychique (émotion morale) ou physique (comme le froid, par exemple), ou habituellement sans cause appréciable, une des mains du sujet est prise d'un engourdissement qui monte dans le bras, envahit partiellement la face jusqu'à la commissure labiale, ainsi que la moitié correspondante de la langue, et enfin se propage à la jambe du même côté.

Cette forme est la *forme brachiale*, mais si le trouble débute dans la face pour envahir ensuite le bras et la jambe, nous aurons la *forme faciale*, et s'il commence par le pied et monte dans le membre inférieur, puis dans le bras et dans la face, ce sera la *forme crurale*.

Ces trois formes d'*épilepsie partielle sensitive* répètent les trois formes classiques de l'*épilepsie partielle motrice* (épilepsie corticale, jacksonienne).

En outre, le trouble sensitif peut être limité à un membre seulement, sans envahir la moitié du corps tout entière, et il peut souvent s'associer à des troubles moteurs (*formes mixtes sensitivo-motrices*) ou à des troubles sensoriels et psychiques (*épilepsie partielle sensitivo-sensorielle*).

Nous n'avons pas à nous occuper des complications motrices de l'épilepsie partielle et des formes de transition avec l'épilepsie complète (petit mal et grand mal). Quant aux troubles psychiques, ce sont les mêmes que ceux qui accompagnent souvent les attaques mieux caractérisées d'amblyopie transitoire, c'est-à-dire la fatigue de l'intelligence, l'aphasie, etc...

L'inconscience n'est pas un symptôme constant, et il semble même qu'elle soit moins fréquente, dans l'épilepsie *partielle*, sensitive ou sensitivo-sensorielle. Dans cette dernière forme, les *symptômes sensoriels* sont justement les troubles de la vue qui nous occupent, et que les observations suivantes vont démontrer[1].

Observation I. — *Migraine ophtalmique, accès d'épilepsie partielle consécutive* (*forme mixte*).

M. Mouch... (cinquante ans), consultation externe de la Salpêtrière, février 1880. Accès de migraine ophtalmique depuis sa jeunesse jusqu'en 1871, époque à laquelle l'épilepsie partielle apparut: les accès de migraine revenaient assez fréquemment (à peu près tous les mois), étaient facilement provoqués par des excès de différente nature ou par les changements d'habitude, et duraient de douze à vingt-quatre heures. Ils étaient caractérisés par la douleur au niveau de la région pariétale gauche, avec sensation de poids et de chaleur, par la pâleur du visage, par une hémiopie transitoire gauche, par le scintillement caractéristique à l'œil gauche, suivi de nausées sans vomissements. A la fin de l'accès, le malade raconte avec une grande précision qu'il éprouvait dans le côté droit du corps (la face et le bras), des fourmillements et comme une sensation de froid.

Quand je voyais arriver ces fourmillements, qui ne se produisaient que dans des crises un peu fortes, nous dit le malade, je savais que c'était le prélude de la fin de l'attaque.

En 1871, première attaque d'épilepsie complète (chute avec perte de connaissance): depuis ce temps, les accès ont persisté. Au début, ils revenaient tous les huit jours; puis, à la suite d'un traitement, le malade est resté (il y a à peu près quatre ans de cela) pendant une année sans avoir d'attaques; puis, les attaques sont revenues, et elles apparaissent maintenant tous les huit ou quinze jours. Il sent un frémissement au bout des doigts de la main gauche, et, comme il sait que c'est le signe précurseur de l'accès,

[1] Je dois ces observations de la Salpêtrière à la grande obligeance de M. le Dr Charcot fils, et je m'empresse de lui en adresser ici tous mes remerciements.

il se lève pour mieux y résister et en a toujours le temps. Presque aussitôt après, les doigts de la main se contractent en flexion.

Tout peut se borner à cela (épilepsie partielle motrice), le malade remue volontairement son membre comme pour en faire disparaître complètement les crampes, et les choses en restent là. Mais, d'autres fois elles vont plus loin; le membre supérieur tout entier est pris de tremblement, puis la tête s'incline spasmodiquement vers l'épaule droite, la bouche est tirée à droite, il s'ensuit parfois la perte de connaissance, la convulsion des yeux, la généralisation des mouvements convulsifs, la morsure de la langue.

Les attaques avec perte de connaissance sont plus fréquentes que les autres. Après les attaques, mélancolie, pleurs, idées de suicide.

Le malade ne saurait pas préciser, en ce qui concerne le scotôme dans le début des attaques d'épilepsie partielle; il se rappelle bien des crises d'amblyopie transitoire dans l'intervalle de ses attaques, et il ajoute que parfois le scotôme a été pour lui l'annonce d'une attaque.

Le malade nous dit, le 6 mai 1880, que depuis le mois de février, à la suite du traitement subi, il n'a eu qu'une seule attaque épileptique avec perte de connaissance et pas de migraine. Du reste il remarque, que les migraines ont beaucoup diminué et presque disparu depuis l'apparition de ces accès d'épilepsie partielle.

Le 4 juin, il nous confirme que les véritables crises de migraine ophtalmique ne sont pas revenues, il lui semble seulement avoir un léger brouillard, presque en auréole, devant son œil gauche.

Pendant plus d'un an, le malade revint de temps en temps à la consultation. En résumé, on peut dire que les attaques épileptiques complètes ont été très rares, les accès d'épilepsie partielle un peu plus fréquents, et, dans les intervalles, les crises de migraine ophtalmique se sont présentées avec leur ancien caractère (maux de tête, scotômes, scintillement monolatéral) ou quelquefois un peu moins fortes. Accuse toujours faiblesse et trouble de la vue dans l'œil gauche.

OBSERVATION II. — *Scotôme scintillant rudimentaire et migraines : attaques d'épilepsie partielle et d'épilepsie sensorielle.*

M. Ger..., vingt-trois ans (consultation externe de la Salpêtrière, 6 avril 1886).

En 1878, premières attaques d'épilepsie partielle, qui se renouvelaient trois ou quatre fois par jour. Entré à l'hôpital Tenon, après un traitement de cinq mois et demi amélioration jusqu'à la guérison presque complète.

Il y a peu de temps la maladie a reparu subitement. Deux sortes d'attaques : dans les plus légères il n'y a pas de perte de connaissance; dans les plus fortes, survenant pour la plupart pen-

dant la nuit, il perd connaissance; les attaques ne sont pas précédées de céphalée et commencent toujours par la jambe droite qui se fléchit sur la cuisse, peu d'instants après le bras droit s'étend et les doigts se raidissent, restant immobiles et écartés les uns des autres. On a dit au malade que pendant quelques-unes des crises, avec perte de connaissance, il tordait la bouche à droite.

Parfois il est tombé se blessant à la figure, d'autres fois encore il a uriné involontairement et s'est mordu la langue.

La durée de ces crises est d'une minute environ; une minute après le regard reste fixe, et le malade dit qu'à ce moment il comprend parfaitement ce qu'on lui dit, mais qu'il ne pourrait pas répondre.

Pendant cet espace de temps la jambe droite est comme paralysée, puisqu'il ne peut la remuer, tandis que le bras droit recouvre immédiatement sa motilité normale.

A la suite des attaques il ressent pendant plusieurs heures encore une céphalée violente. Il dit aussi, qu'il a des visions de lumières très vives, ou de points et de lignes très brillants; quelquefois pendant cette migraine, d'autres fois sans aucun rapport avec la crise épileptique.

Observation III. — *Epilepsie partielle anormale et migraine ophtalmique.*

M. Len..., trente ans. (Consultation externe de la Salpêtrière, 16 août 1881.)

A fait pendant son enfance une chute sur la tête; il y a vingt ans a reçu un coup de pierre sur le crâne, dont la cicatrice est visible à gauche. Pendant dix-sept ans, aucun symptôme. Il y a environ trois ans, névralgie périodique frontale très intense (tous les jours à neuf heures du matin). Peu de temps après (vers le mois de juillet 1878), première attaque d'épilepsie partielle au bras droit, qui fut subitement atteint de petites secousses (épilepsie partielle motrice).

A présent il a en outre des accès convulsifs complets, débutant toujours par le bras droit et se généralisant ensuite à tout le corps. Pas d'aura à ses accès : la compression de la main au début des convulsions du membre peut seulement suspendre pendant quelques minutes les accès, mais non les arrêter. Le malade tombe sur le côté gauche, la crise dure une dizaine de minutes. Les petits accès d'épilepsie partielle, c'est-à-dire les simples secousses convulsives au bras droit, le prennent tous les jours.

Après un an (consultation du 11 août 1882), l'on constate, avec l'amélioration de l'épilepsie (accès plus légers et de plus en plus espacés), des accès de scotôme scintillant.

Le malade dit que ces crises d'amblyopie transitoire non accom-

pagnées de migraines, mais suivies de phosphènes scintillants, sont un peu plus fréquentes que les accès convulsifs, ne les accompagnent jamais, et ne les précèdent pas immédiatement non plus.

Observation IV. — *Epilepsie partielle typique, suivie d'épilepsie essentielle, migraine, et scotôme scintillant rudimentaire.*

Mlle Br..., dix-huit ans. (Consultation externe de la Salpêtrière, 4 janvier 1881.)

Rien durant son enfance. Première attaque d'épilepsie partielle à la seconde époque de ses règles. La malade levait son bras tout droit, la tête était tournée à droite, pas de cris, pas de perte de connaissance, pas de chute. — Dans ces derniers temps, les attaques sont devenues plus fréquentes (parfois tous les deux ou trois jours) et plus complètes; aura motrice, c'est-à-dire quelques mouvements automatiques, comme pour rajuster ses vêtements, etc., puis, convulsions, chute sur le côté droit, perte de connaissance, morsure de la langue, quelquefois miction involontaire, sensations particulières au creux épigastrique, comme chez les gens à petit mal. Après les attaques, lorsqu'elle se levait, embarras de la parole.

Les accès épileptiques sont souvent accompagnés de céphalalgie bilatérale. Quelquefois la migraine est suivie de la vision de flammes fugitives ou de cercles de feu devant les deux yeux.

Observation V. — *Migraine ophtalmique et épilepsie partielle.*

Mme Berm..., vingt ans. (Consultation externe de la Salpêtrière 11 janvier 1886.)

Grand-père et grand'mère maternels, mère et un oncle maternel migraineux; une tante paternelle hystérique.

Il y a deux ans commencèrent de fortes migraines, dont la malade diminua beaucoup l'intensité grâce aux bromures. — Ayant cessé ce traitement pendant quelque temps, les accès sont revenus depuis deux mois avec leur intensité première. Les attaques surviennent à peu près deux fois par semaine et semblent être plus fortes lorsqu'elles précèdent de quelques jours les règles.

La malade dit, que devant son œil gauche se place comme l'ombre d'une tête (scotôme presque circulaire) qui peu de temps après devient lumineuse, irisée en vert, jaune et bleu, ensuite cette ombre grandit un peu, semble tourner et, tout en tournant, s'évanouit. En même temps la malade a remarqué que quelquefois elle ne pouvait distinguer les objets que d'un seul côté (hémiopie), à droite. Le scotôme ayant duré à peu près deux minutes, est suivi d'une douleur que la malade place à la partie frontale sus-orbitaire gauche. Jamais de véritable migraine, ni douleur du côté droit La névralgie sus-orbitaire dure quelquefois à peine cinq minutes,

d'autres fois une heure, et oblige alors la malade de se mettre au lit pour prendre un court sommeil qui lui rend le bien-être.

Parfois des fourmillements dans le pied gauche succèdent à l'attaque (épilepsie partielle sensitive), mais pas pendant toute sa durée.

Rien ne l'avertit de l'accès qui va la saisir; ni malaise général, ni inappétence, ni nausées.

Quand les accès sont très forts, c'est-à-dire lorsque le scotôme dure plus longtemps et que la névralgie est plus intense, elle perd quelquefois connaissance.

Pendant cette perte de connaissance, qui ne dure pas plus d'une ou deux minutes, la mère de la malade dit que cette dernière se raidit un peu sans avoir de véritables convulsions dans les membres, ni déviation de la bouche, ni écume aux lèvres; une seule fois, il y a deux mois, elle aurait uriné involontairement pendant la crise. Avant la perte de connaissance, elle a le temps de se mettre à l'abri d'une chute; quelquefois la tête se serait tournée lentement à gauche, elle se serait mordu la langue. Quand elle revient à elle, il subsiste encore quelques troubles dans la vue, mais tout disparaît bientôt et elle est tout à fait bien, comme d'ordinaire.

Observation VI. — *Amblyopie temporaire simple. — Epilepsie partielle.*

M. Gros..., trente-huit ans. (Consultation particulière de M. Javal, 11 février 1892.)

Aucun antécédent héréditaire ni personnel. Conditions de santé parfaites, léger abus de boissons. Emmétropie et acuité visuelle normale aux deux yeux. Depuis environ trois ans, accès d'engourdissement et sensation de froid et d'impuissance motrico au pied et à la jambe du côté droit.

Dans ces derniers temps, il dit que ces accès d'épilepsie partielle sont revenus tous les huit ou quinze jours à peu près, et ont eu une durée de deux à trois minutes, rarement plus. Les attaques d'amblyopie temporaire, au début très rudimentaires, ont commencé avant l'épilepsie sensitive, c'est-à-dire il y a cinq ans. Il les avait seulement du côté droit, sous forme d'un petit scotôme, placé un peu en bas et à droite de l'objet qu'il fixait avec son œil droit.

Jamais de véritables migraines, mais très souvent une sensation de pesanteur à la tête, fatigue de l'intelligence, surtout dans les journées d'hiver les plus froides et quelquefois pendant plusieurs jours de suite, et à des périodes très rapprochées.

Il y a à peu près un mois, en sortant un matin dans la campagne couverte de neige, l'attaque d'amblyopie le saisit en même temps que l'engourdissement du membre inférieur droit; il dit que la partie inférieure et droite du champ visuel des deux yeux (même

en les fermant l'un ou l'autre) lui semblait envahie par une espèce de brouillard ou de fumée. Au bout de quelques minutes tout trouble disparut, et jusqu'à présent aucune attaque ne s'est représentée. Examen ophtalmoscopique tout à fait négatif.

En résumé, on peut dire que souvent les accès d'épilepsie partielle sont accompagnés d'amblyopie transitoire; soit à forme de scotome scintillant, soit de véritable migraine ophtalmique ou de simple obscurcissement partiel (hémiopie, ou autre, du champ visuel. Il est plus facile aujourd'hui, à cause de ces rapports, de rechercher l'épilepsie sensitive, pour en compléter l'étude, comme espèce pathologique distincte, chez les malades de migraine ophtalmique; cette dernière constituant un syndrôme bien évident, et pour lequel les sujets viennent bien plus souvent à la consultation.

Les accès d'amblyopie transitoire précèdent dans la plupart des cas, et même de plusieurs années, les accès d'épilepsie partielle.

Cependant, quelques observations démontrent que l'amblyopie transitoire peut commencer *en même temps* que l'épilepsie partielle, et que les deux sortes de crises peuvent s'alterner. — Dans l'Observation V ci-dessus, la malade, qui héritait du tempérament nerveux de sa mère, et dont presque toute la famille était migraineuse, aurait pour ainsi dire *condensé* les troubles corticaux, de façon à avoir amblyopie transitoire et l'épilepsie partielle en même temps. De plus, puisque l'épilepsie partielle *s'ajoutait* aux accès d'amblyopie transitoire (d'ordinaire accompagnés seulement par la migraine), quand ces crises étaient plus violentes, on était porté de croire que *les troubles corticaux se répandaient*, pour ainsi dire, *de l'écorce visuelle vers l'écorce motrice.*

b). Il résulte des observations de M. Charcot que l'épilepsie sensitive (accompagnée très souvent par l'amblyopie transitoire) peut se présenter comme une maladie distincte, évoluant pour son propre compte; mais qu'on peut aussi la regarder comme une manifestation symptomatique de la paralysie générale, peut-être même d'autres maladies.

Les rapports entre l'épilepsie partielle et la paralysie générale ont été mis en lumière par un certain nombre de cas publiés jusqu'à présent, et entre autres par deux observations cliniques très démonstratives de M. Lemos (47). Dans la seconde

de ces deux observations, le sujet avait été migraineux dans sa jeunesse, les attaques d'épilepsie partielle étaient accompagnées d'amblyopie transitoire, et, au bout d'environ trois ans, la paralysie générale était nettement déclarée.

J'ai pu observer, grâce à l'obligeance de M. Charcot fils, un cas tout à fait analogue dans le service de M. Brissaud à Saint-Antoine.

Il s'agissait d'un homme âgé de quarante ans, très robuste. Rien d'important dans les antécédents héréditaires et personnels.

Vers la fin de novembre 1891 (trois mois avant qu'il ne vint à la consultation), il eut sa première attaque d'épilepsie partielle. Il se trouvait un jour de gelée sur un échafaudage, sans souliers, et ressentit tout à coup un engourdissement de la main gauche; cette sensation pénible gagna bientôt le bras, l'épaule, puis le membre inférieur, du même côté.

Le malade ne perdit pas connaissance, il put descendre pour aller se chauffer, et après huit à dix minutes l'engourdissement avait complètement disparu.

Depuis cette époque, et toujours au milieu de son travail, les mêmes phénomènes ont reparu quatre ou cinq fois, toujours provoqués par le froid et l'obligeant chaque fois d'abandonner ses outils pendant cinq à six minutes. Actuellement le syndrôme de la paralysie progressive commence à se déclarer. La gêne de la parole est caractéristique, après une conversation prolongée elle augmente, et les lèvres paraissent animées de légers mouvements fibrillaires. La langue, même renfermée dans la bouche, est agitée de trémulations, qui augmentent lorsqu'il la tire au dehors. Il n'y a pas de réflexe pharyngien, les réflexes sont légèrement augmentés, surtout à gauche, et la sensibilité paraît amoindrie du côté droit. Les pupilles sont inégales; la gauche, bien plus petite, réagit encore plus lentement que la droite à l'impression lumineuse. Légères modifications du caractère moral (impatience, contentement).

Enfin, M. Marie a fait ressortir dans sa thèse (44) les troubles oculaires chez les paralytiques généraux (trois cents cas). Il a trouvé que ces troubles sont d'autant plus importants, qu'ils peuvent précéder de plusieurs années l'éclosion complète de la maladie. Ces phénomènes précoces ont justement pour caractères d'être le plus souvent fugaces et incomplets.

Dans ce cas, il a noté amaurose transitoire; dans un autre cas le *scotôme central transitoire*, sous forme de véritables accès de migraine ophtalmique, datait de l'enfance. Deux fois de véritables crises d'épilepsie sensitivo-sensorielle avaient précédé.

Ce fait, que l'épilepsie sensitive puisse ouvrir le syndrome

de la paralysie générale, et, non comme une simple coïncidence morbide, mais par suite de corrélation intime établie par le substratum anatomique de cette maladie, nous fait ressortir davantage l'intérêt pratique qui peut s'attacher au syndrome de l'amblyopie transitoire, surtout lorsqu'elle s'accompagne de troubles sensitifs, moteurs ou psychiques.

Il s'agit de dépister à son début l'existence d'une maladie grave, dans les cas où, ni la syphilis (qui peut produire l'épilepsie partielle), ni l'âge du malade (l'épilepsie essentielle ne commence habituellement pas chez les adultes), ni les attaques d'une épilepsie bien complète (avec laquelle l'épilepsie partielle peut se combiner), ne nous rendraient compte des attaques d'épilepsie sensitivo-sensorielle accompagnée de légers troubles moteurs et plus souvent encore d'amblyopie transitoire. Dans ces cas donc, l'amblyopie transitoire ou migraine ophtalmique aurait une signification bien différente de celle d'une simple et pure névrose, et le pronostic devrait être au moins bien plus réservé qu'à l'ordinaire.

Enfin, ces rapports nous permettent de reconnaître à coup sûr la base physiopathologique sur laquelle repose l'amblyopie transitoire. Nous savons, en effet, que le substratum anatomique de la paralysie générale est une encéphalite interstitielle diffuse, siégeant de préférence dans l'écorce cérébrale. Or, les localisations différentes de cette lésion, au début de la maladie, peuvent nous rendre compte des différents syndrômes (épilepsie partielle sensitive ou motrice, amblyopie transitoire, aphasie, etc...), avec lesquels la paralysie générale peut se combiner.

Etant donnée la loi, que les différentes régions de l'écorce réagissent toujours, dans le domaine pathologique, par des symptômes qui émanent de leurs aptitudes physiologiques spéciales, la connexion de ces troubles nous démontre que la cause de l'amblyopie transitoire siège dans les centres visuels du cortex cérébral, non pas le long des voies qui rattachent ces centres aux organes périphériques de la vision, et encore moins à la périphérie (rétine). Nos connaissances sur la topographie du cortex sont bien loin d'être complètes; nous savons bien que les circonvolutions sensitives siègent dans la partie postérieure du cerveau, et puisque un précieux point de repère dans cette région de l'écorce est constitué par les centres visuels, peut-être l'étude approfondie de la connexion des phé-

nomènes morbides dans l'épilepsie partielle, accompagnée d'amblyopie transitoire, nous aiderait-elle à déterminer la topographie des différents centres cortico-sensitifs. (*A suivre*)

RECUEIL DE FAITS

APHASIE MOTRICE PURE AVEC LÉSION CIRCONSCRITE;

Par MM. Gilbert BALLET, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et Emile BOIX, interne des hôpitaux.

Il n'y a pas encore assez longtemps qu'est clos le débat sur la légitimité des localisations cérébrales pour qu'une observation bien nette, bien précise, offrant toutes les apparences de rigueur désirable, puisse être passée sous silence. Pour ce qui est en particulier de l'aphasie dans le sens le plus strict du mot, l'*aphémie* de Broca, l'*aphasie motrice* de M. Charcot, il est bon de rappeler que sa localisation exclusive dans le pied de la troisième circonvolution frontale a rencontré d'acharnés adversaires non seulement il y a trente ans, alors que Broca réunissait ses vingt observations célèbres, mais encore de nos jours où certains auteurs tentaient naguère d'introniser une localisation rivale, le lobule de l'insula.

Certes une observation semblable à celle qu'on va lire eût été mieux à sa place en 1865[1] qu'en 1892, car Broca n'en eut à son service qu'une seule de ce genre; mais depuis cette époque les cas d'aphasie motrice pure et isolée, sans participation à la paralysie des membres ni de la face, ont été fort rares. Bernard ne cite comme telles dans sa thèse[2], avec la seconde observation de Broca, que celles de MM. Jaccoud et Dieulafoy[3], de M. Perrier[4], de M. Ange Duval[5], dans les-

[1] Discussion à l'Académie de médecine.

[2] Bernard. — *De l'aphasie et de ses diverses formes*. Th. de Paris, 1885; 2e édition, 1889.

[3] Jaccouds et Dieulafoy. — *Gazette hebd.*, 1867, p. 229.

[4] Perrier. — *Bul. soc. anthrop.*, t. V, p. 363.

[5] A. Duval. — *Bul. société de chirurgie*, 1864, 2e édition, t. V, p 53.

quelles l'autopsie a été pratiquée. M. Féré, dans la deuxième édition de cette thèse, n'en rapporte aucun cas nouveau, et nous n'en avons rencontré aucun autre depuis 1885 dans la littérature médicale. Tous les cas d'aphasie motrice pure, relatés ces dernières années, étaient accompagnés de paralysie des membres et de la face avec lésions correspondantes de l'hémisphère gauche[1].

Cependant il faut rappeler que M. le professeur Charcot[2] dit avoir vu plusieurs fois l'oblitération de la seule artère frontale extérieure et antérieure produire un ramollissement limité au seul territoire de la troisième frontale, et plus explicitement à sa partie postérieure. Il donne à l'appui un fait concluant. « Il concerne, dit-il, une femme nommée Farnier, observée à la Salpêtrière dans mon service. Elle avait été frappée d'aphasie. Il n'avait existé aucune trace de paralysie soit du mouvement, soit de la sensibilité. L'aphasie, dans ce cas, était le symptôme unique et l'atrophie de la troisième circonvolution a été aussi la seule lésion correspondante révélée par l'autopsie. » Une figure très démonstrative accompagne ce récit. Ce cas est pourtant moins pur que le nôtre, car M. Bourneville qui publie en détail l'observation dans le *Progrès médical*[3] signale un autre foyer de ramollissement également ancien, sur le même hémisphère gauche (au niveau de la circonvolution sphénoïdale située immédiatement au-dessous de l'angle de réflexion de la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius) foyer de 2 centimètres de longueur.

OBSERVATION. — *Cardiopathie rhumatismale. — Embolie cérébrale. — Aphasie motrice pure et isolée. — Foyer très circonscrit de ramollissement sur le pied de la circonvolution de Broca.*

Kerl... (Yves-Pierre), originaire des Côtes-du-Nord, est âgé de quarante-trois ans. — Son père est mort à soixante-dix-neuf ans. Sa mère est encore vivante. — Il a un frère sourd-muet, un autre bien portant, une sœur morte de la poitrine.

Depuis l'âge de dix ans, il a eu *quatre attaques de rhumatisme aigu :* la première à dix ans, dura deux mois ; la deuxième à seize

[1] Nous n'avons pu nous procurer l'article suivant : Thomas. — *Tow cases of traumatic aphæmia proving the importance of Broca's convolution as the of speech. — Indian med. Rec.*, Calcutta, 1892, III, p. 80,

[2] Charcot. — *Leçons sur les localisations* 1876-80, p. 69.

[3] Bourneville. — *Progrès médical*, 1874, nos 20 et 21.

ans, fut plus courte; la troisième à vingt et un ans, à Valparaiso, pendant qu'il était marin; cette attaque très intense, dura deux mois; les accidents cardiaques commencèrent; sans doute, il y eut endopéricardite (le médecin parlait de cuir neuf). Depuis cette époque le malade avait des palpitations à l'occasion des grands efforts et des fatigues. La quatrième attaque, à trente-quatre ans, en 1884, pendant la convalescence d'une bronchite, eut deux mois de durée.

Depuis cette époque, nombre de petites attaques moins fortes que les précédentes, mais entraînant cependant la cessation du travail pendant quelques jours et nécessitant l'emploi du salicylate de soude. — A plusieurs reprises, également, poussées d'endopéricardite améliorées par la digitale et les révulsifs locaux. Cependant à part quelques palpitations, le malade travaillait facilement et portait des ballots de 50 à 60 kilogrammes aux deuxième et troisième étages. — Quelquefois le soir, il constatait un léger gonflement des malléoles. — Pas d'accidents syphilitiques avoués ni constatés.

Le 8 *août* 1891, Kerl..., couché dans son lit, lisait le journal, quand brusquement il s'aperçut qu'il ne comprenait plus ce qui était imprimé : « pas plus, dit-il, que si c'eût été du russe ». En même temps céphalalgie intense. Il essaya alors de s'endormir, mais il ne put y arriver et même il eut du délire, voulant se lever, criant fort, etc. Le lendemain le malade comprenait tout ce qu'on lui disait, voulait répondre, mais ne trouvait pas le mot. Quelquefois il disait un mot pour un autre et s'apercevait de suite de son erreur, mais il ne pouvait la rectifier; il demandait une table pour un verre et se désespérait quand on ne le comprenait pas.

Pas de paralysie, pas de convulsions, pas de perte de connaissance. — Mémoire très affaiblie. — Affaiblissement cérébral et général très accentué. Insomnie; il ne dormait qu'une ou deux heures sans cauchemar. Anorexie et dégoût des aliments. Le malade passe quinze jours au lit; il est traité d'abord par des bains de pied sinapisés, des compresses glacées sur la tête, des purgatifs, un peu plus tard par l'iodure de potassium.

La cécité verbale disparaît après peu de temps, mais l'aphasie motrice ne commence à s'amender qu'au bout de cette quinzaine. La céphalalgie, quoique moins intense, est capricieuse, augmentant, diminuant ou disparaissant brusquement.

Nous voyons le malade pour la première fais le 29 *septembre* 1891, un mois et demi après le début des accidents.

Pas de surdité verbale appréciable; — pas de cécité verbale.

Aphasie motrice modérée, mais cependant très nette. Le malade hésite pour trouver les noms d'objets vulgaires comme *clef*, *crayon;* il y arrive cependant, mais ne peut trouver le nom d'un *encrier*.

Les images auditives n'actionnent pas le centre moteur; exemple,

le malade ne dit pas spontanément *encrier* et il ne *répète* guère plus aisément le mot lorsqu'on le lui dit.

Le centre visuel actionne au contraire nettement le centre moteur ; quand on lui fait lire le mot *encrier*, le malade le dit parfaitement.

Quant à l'agraplie, il est difficile d'en juger car le malade sait à peine écrire. Cependant il signe son nom sans plus de difficulté que d'habitude,

Il semblerait qu'il y ait un peu de paralysie faciale à droite; le sillon naso-labial gauche est beaucoup plus relevé. Mais la femme du malade prétend avoir toujours vu ainsi la face de son mari ; celui-ci approuve le dire de sa femme et déclare que c'est de naissance.

Le diagnostic s'impose d'aphasie motrice incomplète par lésion du pied de la troisième frontale. Nous dessinons un schéma topographique qui est consigné dans le dossier. En l'absence de syphilis avérée nous incriminons une embolie rhumatismale, mais par mesure de précaution nous prescrivons le traitement spécifique mixte, frictions mercurielles et iodure de potassium.

Le 7 *novembre* 1891, le malade revient nous voir : son état est stationnaire.

Le 17 *février* 1892, Kerl..., entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Broussais, pour des accidents cardio-pulmonaires qui ont débuté il y a six semaines. Il a encore un degré d'aphasie assez marquée; quand on le fait parler, on le voit quelquefois s'arrêter brusquement pour chercher un mot qu'il trouve très difficilement et que souvent il ne peut arriver à trouver. Pas de paraphasie.

Depuis longtemps il peut lire aussi bien qu'avant son accident. — Pas de troubles visuels. — Pas de troubles de la sensibilité. — Pas de troubles moteurs. — Réflexes normaux. — L'aspect de la face est le même qu'à la première visite. Il y a six semaines, il a été pris brusquement d'un point de côté, dyspnée intense; le lendemain crachats sanglants d'abord rouges puis noirâtres.

Depuis, la dyspnée a persisté s'accompagnant de palpitations et de douleurs précordiales. On constate aux deux bases, surtout à gauche, des râles crépitants nombreux, et quelques râles sibilants dans le reste du poumon. — Toux sèche fatigante.

La pointe du *cœur* bat dans le huitième espace et soulève énergiquement la paroi ; les pulsations sont très fortement senties à la main. — Thrill dans la région de la pointe. — Pas d'arythmie. A l'auscultation souffle très fort en jet de vapeur, occupant toute la systole et se prolongeant pendant le petit silence. Son maximum est à la pointe; il se prolonge vers l'aisselle et on l'entend nettement systolique dans le dos. A la base le claquement des sygmoïdes est très sourd.

Malgré cette auscultation nettement mitrale, le malade a le

facies d'un aortique, teint décoloré, cireux, teinte anémique des muqueuses; pas d'œdème, pas de cyanose des lèvres ni des extrémités. — Le pouls est normal, régulier, plutôt un peu fort. — Pas de pouls veineux. — Urines rares — 350 à 500 grammes — densité moyenne 1018 — Coloration rouge foncé. — Pas d'albumine.

Le malade dit avoir beaucoup maigri depuis six mois. La force musculaire est cependant conservée et égale des deux côtés (dynam. 56 à gauche, 61 à droite). Pas d'œdème. — Le sommeil est court, trois à quatre heures par nuit, interrompu par le besoin de respirer.

Jusqu'au 19 *mars*, amélioration progressive; la dyspnée diminue. la congestion pulmonaire est moins intense, le cœur est régulier, le claquement des sygmoïdes devient plus net. L'appétit est revenu.

19 *mars*. — Douleur pongitive dans le côté gauche, dyspnée suffocante, insomnie, — l'urine diminue, albumine en abondance, céphalée, — œdème des jambes.

27. — Les phénomènes se sont aggravés. — Congestion des deux poumons, subictère des conjonctives.

29. — L'œdème monte jusqu'aux aînes, la dyspnée augmente, le mal de tête est violent.

30. — Kerl..., meurt subitement la nuit en se plaçant sur le bassin.

AUTOPSIE. — *Cerveau*. — Artère basilaire non athéromateuse, artère sylvienne gauche normale.

Hémisphère gauche. — Lorqu'on écarte le pied de la troisième frontale de celui de la frontale ascendante, on constate au fond du sillon un foyer jaune ocreux déprimé, ne dépassant pas comme dimension un pièce de 0 fr. 20 centimes en argent. Aucune altération non seulement des autres circonvolutions, mais encore du reste de la troisième frontale. (Voy. Pl. I, *fig*. 1.)

Hémisphère droite. — Les circonvolutions de la zone motrice sont intactes, mais en écartant les lèvres de la scissure de Sylvius, on tombe sur un large foyer de ramollissement de 7 centimètres environ de longueur. Il intéresse en bas toute la première circonvolution temporale et la partie moyenne de la deuxième. En haut il rase le pied des circonvolutions de l'Insula. En arrière, il va jusque sur le pli de passage qui coiffe le fond de la scissure de Sylvius, mais sans atteindre le lobule de l'Insula. La pie-mère est adhérente à la substance cérébrale ramollie qui se laisse arracher avec elle. (Voy. Pl. I, *fig*. 2.)

En profondeur, le ramollissement de l'hémisphère gauche est tout à fait superficiel et n'intéresse exactement que la substance grise. A une petite distance, dans la substance blanche, il n'y a pas de corps granuleux. — Le foyer de l'hémisphère droit entame notablement la substance blanche sous-jacente. — Aucune lésion dans les noyaux gris de la base ni dans les ventricules.

Cœur. — Adhérence péricardique totale — cœur hypertrophié, ventricule gauche très volumineux. — (Poids = 780 grammes.) — Sur la *valvule mitrale*, végétations polypeuses, longues et très fragiles sur le bord libre de la grande valve. — Sur la face auriculaire de la petite valve, petite ulcération légèrement bourgeonnante. — Végétations sur le pilier postérieur. — Une des *valvules aortiques* présente au fond du nid de pigeon une plaque très dure qui n'arrive pas jusqu'au bord libre de la valvule. — Le grand sinus de l'aorte est très développé — pas trace d'aortite. — L'orifice de la coronaire antérieure est très dilaté, mais ne présente aucune altération de souplesse; il est simplement très béant. — Sur la *valvule tricuspide*, la valve de la cloison est un peu épaissie sur le bord libre, mais ne présente aucune végétation. — Le myocarde a une coloration rose, très saine. L'épaisseur des parois du ventricule gauche n'est pas excessive; elle mesure 15 millimètres à la partie supérieure, et 7 millimètres seulement vers la pointe; mais le ventricule dans son ensemble est très dilaté. — La paroi ventriculaire droite est très amincie; son épaisseur varie entre 3 et 5 millimètres.

La *plèvre* est adhérente dans sa presque totalité. — Les *poumons* sont simplement congestionnés. — Le *foie*, pesant 1,600 grammes est un type de foie muscade. — La *rate* est volumineuse. — Poids 400 grammes. — Les *reins* présentent des cicatrices d'infarctus anciens. — Le droit pèse 190 grammes, le gauche 220 grammes.

En résumé voici un cerveau dont les deux hémisphères sont lésés, mais d'une façon bien inégale. A droite, vaste foyer de ramollissement n'ayant amené pendant la vie d'autre symptôme qu'un affaiblissement cérébral vague. A gauche, une lésion d'étendue minime, strictement localisée au centre de l'aphasie motrice de Broca et produisant une aphasie motrice vraie, et rien que cela. Deux remarques sont intéressantes.

La première est relative à la petite dimension de ce foyer de ramollissement qui détermine une aphasie *incomplète* assez durable. Assurément l'aphasie a été complète les premiers jours, et on se l'explique fort bien par le trouble circulatoire momentané qu'a produit l'embolus dans le territoire voisin de ceux de l'artériole où il s'est arrêté; mais au bout d'une quinzaine, tout ce qui était réparable a été réparé, et pendant plusieurs mois le malade a été privé d'un très grand nombre de vocables jusqu'à ce que la rééducation, imparfaite d'ailleurs, ait été obtenue; en somme *pendant plusieurs mois aphasie incomplète*.

Donc, le foyer que nous avons constaté ne mesure pas

l'étendue réelle du centre de l'aphasie motrice ; il serait d'ailleurs téméraire de prétendre assigner à un centre cortical des limites précises. Bien des neurologistes, sont portés à considérer ces centres corticaux comme empiétant un peu l'un sur l'autre, et comme représentant plutôt des centres de plus grande intensité fonctionnelle. De sorte que pour l'aphasie motrice par exemple, on ne se fait qu'une idée très approximative de l'étendue que devrait avoir une lésion sur le pied de la troisième frontale pour déterminer une aphasie motrice complète et définitive. Ce qu'il faut retenir ici, c'est qu'une lésion très circonscrite sur une partie du pied de la circonvolution de Broca a donné lieu à une aphasie incomplète, sans qu'il ait été possible de définir si cette part d'aphasie portait plus particulièrement sur telle ou telle classe de mots ; il a semblé cependant que, l'ensemble de la phrase étant conservée chez notre malade, c'étaient surtout les substantifs qui faisaient défaut.

La deuxième remarque a trait à la coïncidence de la cécité verbale notée dans l'observation. Notre malade, en effet, aurait d'abord été frappé de cécité verbale, en même temps que d'aphasie motrice.

La réalité de ce symptôme surajouté ne saurait infirmer notre titre d'aphasie motrice pure, car la cécité verbale a été passagère ; elle n'existait plus après peu de temps, et nous en avons constaté l'absence, quand nous avons vu pour la première fois le malade, un mois et demi après l'accident. On sait que tout ictus, c'est-à-dire tout processus brusque aboutissant à une lésion cérébrale, si circonscrite qu'elle soit, détermine la suspension momentanée d'une où plusieurs des fonctions cérébrales, dont les centres sont voisins du principal centre intéressé. Peut-être aussi l'embolus, un instant arrêté dans le tronc de la sylvienne, ne s'est-il définitivement localisé qu'un peu plus tard dans une artériole dépendant de la frontale externe et antérieure. Un autre mécanisme pourrait encore être invoqué : c'est celui que, d'après Ferrier, l'un de nous a rapporté dans sa thèse d'agrégation [1]. Ferrier [2] montre, en effet, que l'aphasie de Broca peut entraîner à sa suite une difficulté de la lecture. « Chez la plupart des individus, dit-il, on peut

[1] G. Ballet. — Thèse d'agrégation, 1886.

[2] D. Ferrier. — *Les Fonctions du cerveau*, p. 436.

observer une tendance, durant la lecture, à traduire les signes écrits dans leurs articulations équivalentes. Moins l'individu a reçu d'éducation, moins il lit, et plus cette tendance est manifeste; et quelques personnes ne peuvent lire en comprenant ce qu'elles lisent, sans refaire réellement toutes les opérations articulatoires que représentent les caractères écrits. » Peut-être est-ce le cas de notre malade, peu lettré, qui s'aperçoit tout à coup *qu'il ne peut plus lire* le journal qu'il tient à la main. Mais point n'est besoin dans le cas particulier, d'avoir recours à cette explication. La première est plus rationnelle, puisque cette prétendue cécité verbale a été passagère, et qu'il n'y a aucune trace de lésion aux lieu et place où on localise la mémoire des images visuelles des mots, soit sur l'écorce, soit sur le trajet des fibres du centre ovale qui en émanent.

PLANCHE I.

Fig. 1. — *Foyer de ramollissement jaune*, occupant le pied de la troisième circonvolution frontale gauche.

Fig. 2. — *Foyer de ramollissement plus récent*, de l'hémisphère droit.

THÉRAPEUTIQUE.

LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES ET LEURS RELATIONS AVEC LA THÉRAPEUTIQUE

Communication faite par David Ferrier, le 26 février 1892.

Traduit de l'anglais par Jules Dauriac, interne des hôpitaux de Paris (hospice de Bicêtre).

En m'adressant à vous, Messieurs, en cette circonstance, je désire vous exprimer ma reconnaissance pour la distinction honorifique qui m'a été conférée, en août dernier, par l'assemblée universitaire. Je dois, en second lieu, m'efforcer ici même de justifier votre choix, par l'exposé de quelques considérations spéciales, tout en remplissant une obligation que m'impose le prix Cameron.

Ce prix est, en effet, décerné aux travaux purement thérapeutiques parus dans le cours de l'année et dont l'importance aura été jugée suffisante.

Tout récemment, les conditions du concours se sont élargies, et l'Université peut aujourd'hui récompenser d'autres travaux que ceux parus dans l'année, sans se limiter aux recherches pharmacologiques appliquées au traitement des maladies. Elle peut aussi couronner les tentatives dont le but est de faire progresser l'art de guérir en étendant le domaine de nos connaissances sur les fonctions du corps humain, toutes choses qui permettront d'apporter une précision plus grande dans le diagnostic des localisations et la nature des maladies aussi bien médicales que chirurgicales que nous avons à traiter.

Cette façon plus large et plus générale de comprendre le sens de la fondation d'un prix de thérapeutique a permis d'inscrire sur la liste des lauréats du prix Cameron, les noms de deux hommes dont l'humanité s'honore : je veux parler de Pasteur et de Lister.

On peut dire que les recherches de ces deux hommes, belles en elles-mêmes, ont eu sur la thérapeutique une influence bienfaisante beaucoup plus grande que n'en a jamais eu aucune découverte faite en médecine à n'importe quelle époque.

Non seulement ils ont sauvé d'innombrables vies humaines ou animales, et ajouté au bien-être de l'espèce humaine par des moyens inconnus ou irréalisés jusqu'alors, mais ils ont encore ouvert une voie féconde à la nouvelle pathologie et à la prophylaxie des maladies septiques et infectieuses.

De pareils résultats ont permis de dire à Burdon-Sanderson : « Il n'est pas besoin d'un pouvoir prophétique pour prévoir que nous sommes sur le seuil même de découvertes médicales telles, qu'elles éclipseront par leur splendeur toutes celles qui les auront précédées. » (*Croonian Lectures*, 1891.)

Il n'est pas souvent donné d'assister à de pareilles révolutions dans l'art de guérir. Les progrès en thérapeutique ont été jusqu'ici plutôt le résultat d'une évolution amenée par la coopération de facteurs divers.

Qui pourrait nous dire, en effet, à quelles observations ou expérimentations particulières nous sommes redevables des méthodes perfectionnées employées dans la médecine curative ou préventive, et dont nous avons tiré gloire jusqu'à l'heure actuelle, malgré leurs imperfections, en les comparant à celles des générations précédentes ? Un progrès dans n'importe quel département de la science, conduit fatalement à d'autres.

Toute vérité, quelque isolée et sans importance qu'elle puisse paraître, trouve sa place dans la longue théorie triomphale des connaissances scientifiques et prépare le terrain pour quelque grande généralisation destinée à rendre lumineuse et démonstrative l'application de faits que n'avaient pas su prévoir eux-mêmes, les auteurs de la découverte.

Rares sont les faits, dans l'histoire de la médecine, des progrès

des sciences et des arts, qui donnent la mesure immédiate de leur valeur en fournissant d'emblée un moyen de rétablir la santé ou de contribuer au bien-être du corps humain.

D'ailleurs, l'application utile de quelque nouvelle conquête dans le domaine des connaissances humaines n'est pas une chose dont le véritable savant doive se préoccuper tout d'abord. Son but est de poursuivre la vérité pour sa propre satisfaction.

Il éprouvera un suprême plaisir à voir fructifier les secrets précieux que la nature a bien voulu dévoiler à ses louables sollicitations. Il sait que la plaie la plus profonde dont souffre l'humanité, lui vient de son ignorance. Nous sommes écrasés par les forces de la nature, décimés par les épidémies, et c'est en vain que nous essayons de combattre, d'écarter ou de prévenir ces maux par les moyens imparfaits dont nous disposons.

De nouvelles acquisitions scientifiques nous confèrent de nouvelles armes, et chacune d'elles en s'additionnant aux autres, peut, au bout d'un certain temps, nous mettre à même de tenir tête plus avantageusement aux calamités et aux dangers qui nous environnent.

Et cependant, de divers côtés, on essaie à l'heure actuelle de tentatives de dépréciation. Voyez combien sont timides les éloges qu'on accorde aux nouvelles investigations bactériologiques dont ont fait l'objet l'influenza et autres maladies épidémiques, parce qu'elles n'ont pas encore donné de résultats thérapeutiques, résultats qui seront encore bien longs à venir.

N'est-il pas de toute évidence, qu'une connaissance exacte de la nature et de l'histoire biologique des microorganismes doit d'abord être exigée pour qu'on puisse ensuite s'attaquer avec succès à leurs personnes et à leurs virus noscibles.

La chose arrivera d'autant plus vite, que nos compatriotes apporteront de plus grands encouragements à ces recherches, ou à d'autres d'importance plus considérable, au lieu d'attendre dans l'inaction de moissonner ce qu'ils n'auront pas semé, ou d'essayer venimeusement de déraciner la forte semence.

« Il serait difficile, dit sir James Paget, de pouvoir dire ce qui est le plus agréable, d'acquérir des notions utilitaires et pratiques, ou de se livrer à ces recherches auxquelles nombre de savants depuis Leeuwenhoeck jusqu'à Erhemberg ont consacré leur vie : je veux parler des vibrions — les plus minuscules des êtres vivants. »

Des hommes fiers de leurs connaissances pratiques demanderont : « Que peut-il résulter de bon de pareilles minuties ? » Le temps et la science seront là pour leur répondre : « que ces investigations ont donné une forme plus vraie à une des plus importantes doctrines de la chimie organique ; qu'elles ont introduit des transformations bienfaisantes dans la pratique de la chirurgie ; qu'elles ont pour objet les plus hauts intérêts de l'agriculture ; qu'en ce qui

concerne leur puissance, on ne saurait encore la définir. » (*Trans. Internat. Med. Cong.*, 1881.) Le principe qui domine la médecine moderne, a dit Virchow, c'est la localisation.

Nous ne considérerons pas plus longtemps la maladie comme une entité, un ennemi qui a envahi le corps sans provenir de lui; nous ne nous demanderons pas davantage si le médecin doit s'attacher à détruire cet ennemi ou à l'exorciser. Point n'est utile non plus de s'engager dans de creuses et acrimonieuses controverses sur les mérites respectifs des conceptions humorales ou solides des processus morbides et de leurs traitements. Ce que nous nous efforcerons de préciser, c'est l'état des tissus et des organes qui ont à souffrir des processus morbides, et aussi des modifications de structure ou de nutrition qu'ont à subir ces tissus.

Alors seulement nous pourrons dire que nous connaissons la pathologie, et alors seulement nous arriverons à une thérapeutique rationnelle quand nous saurons localiser avec précision l'action des moyens employés pour stimuler ou arrêter le développement et l'activité, des éléments primordiaux, tissus et organes du corps.

Si malgré nos connaissances plus complètes il peut nous sembler impossible de lutter contre beaucoup d'altérations fonctionnelles et de dégénérescences structurales, ce sera pourtant un sérieux progrès fait en thérapeutique que de connaître l'étendue de notre puissance ; de savoir ce que nous pouvons faire, aussi bien que de ne point ignorer les circonstances où nous devons intervenir ; de cesser de nous laisser guider par un aveugle empirisme qui consiste, comme quelqu'un l'a dit ironiquement, à introduire des drogues que nous connaissons très peu, dans un corps que nous connaissons encore moins ; de diriger enfin nos efforts en vue de l'établissement et de la propagation de conceptions plus lumineuses sur les causes des maladies et des moyens de les prévenir.

La localisation des fonctions cérébrales marque une nouvelle étape dans le cours des progrès généraux faits dans chaque branche des sciences médicales, au cours des dernières années.

Sa valeur thérapeutique doit être surtout appréciée au point de vue de la lumière qu'elle a jetée sur le diagnostic des maladies cérébrales et les moyens de les traiter dans le présent et dans l'avenir. Très peu de gens, s'il s'en trouve, nous contesteront le droit de nous vanter avec le fils de Tydée, d'être en ce point bien supérieurs à nos pères.

Je me souviens que lorsque je vins ici comme étudiant, il y a vingt-cinq ans, tout fraîchement imbu des lectures physiologiques de Bain et Wundt, et vivement intéressé par la physiologie du cerveau et du système nerveux, je pus constater combien peu satisfaisant était l'état de la physiologie cérébrale, si éloquemment exposée pourtant, par notre vénéré maître, le professeur Hughes Bennett.

Nous pensions à cette époque qu'en des points mystérieux de

l'écorce grise, points inaccessibles à notre pouvoir d'analyse, se trouvait l'organe de la pensée. C'était là, croyions-nous, que par des moyens encore inconnus s'élaboraient les impulsions volontaires. Elles étaient ensuite lancées à travers le corps strié jusque dans les muscles du côté opposé du corps.

Ce fut sans le secours de toute base clinique ou expérimentale, que s'établit la doctrine des localisations phrénologiques des théories métaphysiques. Le cerveau était dans sa totalité et dans chacune de ses parties, le théâtre de toutes les opérations mentales. Indivisible comme l'esprit lui-même, on pouvait le couper, le morceler de diverses manières sans diminuer ou détruire les facultés mentales, pourvu que la destruction ne fût pas poussée trop loin.

J'ai aussi un souvenir très précis, d'une séance de la Société royale de médecine. On y présenta un cerveau qui excita beaucoup d'intérêt et fit naître une vive discussion.

C'était un très beau type de cerveau aphasique et il confirmait de la façon la plus évidente la relation qui existe entre le symptôme aphasie et la lésion de la circonvolution frontale de l'hémisphère gauche. Cette relation venait d'être mise en évidence par Broca, mais les travaux de ce maître n'étaient pas encore suffisamment connus ou admis à cette époque.

Cette nouvelle conception ne cadrait pas avec les doctrines couramment enseignées en physiologie, et on ne pouvait donner une explication suffisante de la localisation de la faculté du langage dans un hémisphère à l'exclusion de l'autre qui lui est symétrique.

Au cours de la même réunion, sir William Turner donne pour la première fois connaissance de son très important et très estimé mémoire sur la *Topographie des circonvolutions cérébrales.* Il mettait en évidence l'ordre, la forme et la régularité qui président à l'agencement des parties qui, au premier abord, ne présentent que confusion. Ces choses firent sur moi la plus vive impression.

Au début de ma carrière médicale à Londres, j'eus la bonne fortune de me lier intimement avec Hughlings Jackson, dont les vues sur la pathologie et la physiologie cérébrales étaient fort en avance sur son temps, et différaient profondément de celles de la Faculté. Pour lui, le substratum de l'intelligence provenait et ne pouvait sensément dériver que du sensorium et des divers processus moteurs.

Il enseignait aussi que les phénomènes d'une attaque épileptiforme partielle et unilatérale, se montraient concurremment avec des lésions corticales d'aspect divers, dénotant une irritation ou une altération fonctionnelle des circonvolutions en rapport avec ces mouvements.

Ces doctrines trouvèrent le meilleur accueil en mon esprit et servirent de fondement à mes propres recherches. C'est à Hugh-

lings Jackson que je suis redevable de la part que j'ai prise dans l'établissement du principe des localisations cérébrales.

Je n'abuserai pas de votre patience en vous faisant l'exposé de ce que j'ai fait depuis, de mes procédés de recherches, des controverses qui s'élevèrent à l'occasion de l'interprétation des résultats. Je ne vous rappellerai pas les résultats contradictoires en apparence de l'expérimentation comparée, pas plus que la part respective qui revient à la clinique ou à la physiologie dans ces découvertes. C'est de cet ensemble que j'ai retiré les notions que nous possédons sur le cerveau, les relations de ses diverses parties, les unes par rapport aux autres, et aussi par rapport aux organes qu'elles commandent, de même que sur l'influence qu'a sur lui le monde extérieur.

Comme résultats généraux, nous pouvons constater que les doctrines sur l'équivalence fonctionnelle, ont cédé la place à celle des différenciations fonctionnelles en médecine et en physiologie.

Ces notions sont fondées sur des données qui prouvent après examen critique, qu'elles sont parfaitement d'accord avec les principes qu'elles avancent. Nous avons enseigné que l'écorce cérébrale n'est pas dans toutes ses parties fonctionnellement équivalente, mais se trouve divisée en territoires respectivement destinés — anatomiquement et fonctionnellement — aux organes des sens et de la locomotion. Ces territoires sont eux-mêmes subdivisés en territoires correspondant à nos facultés diverses de sentir et de pouvoir exécuter des mouvements volontaires.

Il existe une zone visuelle, base de la perception visuelle et des idées qu'elle fait naître; il y a une zone auditive, une zone olfactive, et probablement aussi, divers centres gustatifs. Il y a, de même, un centre affecté à la sensibilité générale.

Il a été permis de localiser des centres spéciaux pour les mouvements du tronc, de la tête et des yeux, des membres supérieurs et inférieurs, de chacun de leurs segments et même de chacun des doigts. Les mouvements de la face, de la bouche, de la langue, et aussi de l'organe de la voix possèdent leur centre.

Nous n'avons pu encore réussir à localiser les régions directement ou indirectement en relation avec les fonctions organiques, les formes de la sensibilité, qui entrent si largement dans la constitution de notre personnalité et de la vie émotive. Il y a encore bien d'autres points sur lesquels nos connaissances sont imparfaites; mais nous avons établi que le substratum de l'esprit repose entièrement sur des processus moteurs et sensoriels avec leurs relations, cohésions, et associations respectives. Voilà pourquoi il est inutile et anti-philosophique de rechercher une localisation spéciale de la volonté ou de l'intelligence, ou de chercher à localiser ce que l'on appelle les facultés ou de pures abstractions métaphysiques. La santé de l'esprit repose sur la stimulation saine et coor-

donnée des centres moteurs et sensoriels. Ils ont leurs équivalents mécaniques, chimiques et caloriques. L'état maladif de l'esprit est constitué d'une façon non moins certaine, quoique moins compréhensible, par les manifestations qui traduisent des désordres de structure ou de nutrition des mêmes tissus, comme les paralysies, les convulsions, les anomalies de la sensation.

Nous sommes maintenant en état de comprendre pourquoi dans certains cas, le cerveau peut être traversé et subir une vaste perte en substance grise sans qu'aucun trouble s'en suive dans les sensations et la locomotion; et pourquoi une autre lésion parfaitement similaire, portant sur un autre territoire, entraînera une perte hémiopique de la vision. Pourquoi aussi, une lésion de l'écorce, suivant ses caractères et sa position, peut entraîner de la paralysie ou des convulsions limitées à la face, aux mains, aux pieds. Toutes les autres fonctions restant intactes.

Nous pouvons encore nous rendre compte des contradictions apparentes des résultats de la médecine clinique et des faits expérimentaux obtenus sur des animaux d'ordre inférieur, résultats qui embarrassèrent à un si haut point les premiers cliniciens. « Il est certain, dit Bouillaud, qu'après l'ablation des hémisphères cérébraux, un animal peut marcher, courir, etc., et il est non moins certain que l'ablation d'un hémisphère chez l'homme donne lieu à de la paralysie plus ou moins complète des mouvements volontaires dans le côté opposé du corps. Pouvons-nous réfuter la première catégorie de faits par l'autre ? Non certainement. Des faits également bien établis, ne sont pas susceptibles de réfutation. Un temps viendra où de nouvelles notions feront disparaître les contradictions apparentes qui existent entre eux. »

L'étude de la physiologie comparée nous enseigne qu'à mesure que les animaux s'élèvent dans l'échelle évolutive, leurs actions sont d'autant mieux réglées par des déterminations consciencieuses, et des volitions réfléchies, et qu'aussi chez les plus perfectionnés on peut observer des désordres plus ou moins marqués à la suite de lésions affectant les centres corticaux qui commandent et enregistrent leurs facultés motrices et leurs sensations.

Bien que nous soyons peu renseignés sur la cause première de la prédominance du côté droit et de l'habitude de se servir du cerveau gauche dans beaucoup d'autres actes que ceux des mouvements de la main, nous pouvons donner une explication rationnelle de la parenté empiriquement établie entre l'aphasie et la lésion de la région que nous savons maintenant être le centre de l'articulation et de la phonation.

Nous pouvons, en nous basant sur des principes similaires, expliquer ces curieuses défectuosités mentales qui se traduisent chez un malade par une inaptitude complète à saisir le sens de l'écriture ou des symboles représentés, ou même à lire la lettre

dans laquelle il a exprimé sa pensée en un langage précis et clair, tandis qu'il comprendra très bien la portée de cette même lettre dont il entendra la lecture. Chez d'autres malades, il y a une impossibilité complète de répéter ce qu'on leur dit, et ces mêmes malades savourent parfaitement le sens des mêmes choses lorsqu'elles sont écrites ou représentées sous leurs yeux.

Ces symptômes et bien d'autres phénomènes similaires, d'observation courante dans les maladies cérébrales, ouvrent la porte à de très intéressants problèmes sur le cerveau et l'intelligence.

Peut-être fournissent-ils, au point de vue pratique, des résultats plus importants en nous donnant des indications diagnostiques, sur la position de telle ou telle lésion, et en nous guidant d'une façon certaine dans nos efforts pour la découvrir et l'enlever.

Pratiquée fortuitement, ou dans un but spécial de recherches, l'exploration électrique du cerveau est encore venue apporter la lumière sur la pathogénie de l'épilepsie et sur les principes de son traitement.

A une époque encore récente, les phénomènes convulsifs de l'épilepsie étaient expliqués par l'hypothèse d'un processus irritatif au sein d'un prétendu centre convulsif, tandis que la perte du sentiment, et autres perturbations mentales, auxquelles s'associaient des convulsions, étaient considérées comme le résultat indirect d'un spasme des artérioles du cerveau.

Des recherches expérimentales ont non seulement démontré l'exactitude des vues d'Hughling Jackson sur l'origine corticale des monospasmes, et, par généralisation, des convulsions unilatérales épileptiformes, mais elles ont encore fourni une explication simple de l'ordre et de la succession des événements dans l'accès épileptique, et ont rendu fort probable cette opinion, que toutes les formes de l'épilepsie ont leur point de départ dans une condition d'instabilité et d'irritation particulières de la substance grise de l'écorce cérébrale.

Chez beaucoup d'animaux, et chez certains, beaucoup plus facilement que chez d'autres, il est aisé par l'excitation électrique, de reproduire les phases cliniques de l'accès d'épilepsie, telles que convulsions toniques et cloniques, dilatation des pupilles, salivation et écume de la bouche, morsure de la langue, perte de connaissance suivie d'obnubilation de l'intelligence, d'hallucinations et d'actes impulsifs.

Si l'irritation est diffuse et prolongée, et si on la fait primitivement partir des centres sensoriels, les phénomènes qui apparaissent sont plutôt ceux qui appartiennent au type appelé épilepsie idiopathique, et dans lequel tous les centres moteurs de l'écorce sont excités plus ou moins simultanément, de sorte qu'il est impossible d'analyser la succession des événements.

Si l'excitation est circonscrite à un centre moteur particulier,

l'épilepsie peut consister en une série de spasmes confinés au groupe musculaire correspondant, ou elle peut diffuser dans les centres voisins. Dans ce cas, elle suit l'ordre dans lequel ces centres sont anatomiquement disposés dans l'aire motrice et envahit les muscles d'après un mode correspondant à cette marche successive.

Si la première irritation porte sur les centres de la face, elle gagne les centres de la jambe à travers ceux des bras. Si le point de départ s'effectue dans la zone qui commande la jambe, l'excitation s'étend à la face à travers les centres du bras. Lorsque, ce qui arrive assez fréquemment, les convulsions s'étendent à l'autre côté, l'ordre suivi va invariablement des centres de la jambe à ceux de la face, chose qui se traduit par des convulsions ascendantes de la jambe à la face.

En même temps, les centres moteurs de la moelle allongée et rachidienne, sur lesquelles agissent les centres corticaux moteurs, jouent indubitablement un rôle dans les décharges épileptiques, et il a été, je crois, établi d'une façon certaine, que les convulsions du véritable type tonico-clonique de l'épilepsie, peuvent seulement être produites par des excitations provenant des centres moteurs de l'écorce d'un côté ou de l'autre.

Les caractères de l'aura ou prodrome de l'accès, tels que les sensations de rêves ou états intellectuels similaires, les illusions ou hallucinations de l'odorat, du goût, de l'ouïe, de la vision, dénotent bien aussi l'origine corticale de l'attaque, et donnent de bonnes indications diagnostiques sur la position du foyer épileptogène.

Tout en considérant l'instabilité de la substance grise de l'écorce comme la cause immédiate de l'accès épileptique, nous ne voulons point dire que ce soit toujours la cause première de l'affection. Les recherches cliniques ont en effet démontré que l'épilepsie peut encore être due à une irritation interne ou périphérique amenée par diverses causes résidant dans les nerfs, les viscères et les enveloppes du cerveau.

Mais, c'est là un point d'une importance capitale, il est reconnu que ces facteurs n'agissent qu'en tant qu'ils amènent une excitation des centres moteurs. Tous nos efforts doivent donc tendre à nous rendre compte des changements de structure ou de nutrition de l'écorce qui produisent de tels phénomènes. Nous devons déterminer leur nature et diriger contre eux un traitement approprié.

Nous avons appris aussi, au cours de nos recherches, que les lésions du cerveau peuvent à la longue devenir la cause de production de foyers d'excitation épileptiques, chez l'animal lui-même, mais encore transmettre aux descendants la maladie ou une prédisposition à l'acquérir.

De pareils faits ont une grande importance au point de vue de l'hérédité épileptique chez l'homme.

Dans les méthodes expérimentales qui se proposent d'enregistrer et de mesurer l'excitabilité des centres corticaux, nous avons aussi des moyens certains d'apprécier l'action des agents thérapeutiques empiriquement ou théoriquement employés dans le traitement de l'épilepsie.

Il a été déjà montré que l'excitabilité des centres corticaux est diminuée, de même que la prédisposition aux accès épileptiques, par le chloroforme, le choral, le bromure de potassium, alors qu'elle est surexcitée par l'absinthe, la strychnine, l'atropine, qui fut longtemps regardée comme un agent efficace dans le traitement de cette affection. L'influence d'autres agents a été aussi étudiée jusqu'à un certain point.

Mais en somme, bien peu de choses ont été faites dans cette voie, et il n'est pourtant pas douteux qu'il n'y ait là une large voie ouverte aux recherches de pharmacologie appliquée. Ce vaste champ d'expériences, intelligemment cultivé est appelé à donner la plus belle moisson de découvertes pratiques, au point de vue du traitement d'une des plus cruelles affections qui affectent l'espèce humaine.

Les recherches physiologiques n'ont pas seulement fourni le fil qui permettra de se guider à travers l'inextricable labyrinthe des maladies cérébrales, au milieu duquel l'observation clinique, abandonnée à ses propres forces, était incapable de trouver sa voie; elles n'ont pas seulement établi les principes diagnostiques capables de nous faire mettre le doigt sur le siège du mal, mais elles ont prouvé que sous le règne des pratiques listériennes, on pouvait, non seulement, ouvrir le crâne mais pénétrer à travers le rideau dure-mérien pour toucher ou exciser des portions du cerveau lui-même, avec peu ou point de risques pour la vie, et sans crainte de la hernie cérébrale de mauvaise augure, ou de l'universelle méningite, dont la fréquence après de telles opérations avait amené jadis le rejet de la trépanation par bon nombre de chirurgiens, alors que d'autres ne l'employaient que comme ressource suprême.

La pratique de la trépanation a eu à subir de longues vicissitudes. Longtemps avant Hippocrate, qui décrivit avec de grands détails les méthodes et les indications du traitement des traumatismes crâniens, et bien longtemps avant le période historique elle-même, la trépanation du crâne a été de pratique courante à l'âge de pierre, ainsi que l'ont établi les recherches de Broca.

Dans les gisements néolithiques de France, on a découvert de nombreux crânes ou fragments de crâne, où des ouvertures complètes on bien des portions de leur circonférence sont visibles. Les bords en sont unis, taillés en biseau et bien cicatrisés. Ils ont été évidemment faits pendant la vie et apparemment à un âge précoce, car les conditions des sutures, le développement modifié des os du crâne, montrent que l'individu a longtemps vécu après l'opération. La

forme et le caractère de ces orifices prouvent qu'ils furent faits par un procédé de raclage, ou un vigoureux grattage avec un silex aiguisé. Cela devait être une opération bien terrible, et cependant beaucoup avaient le courage de s'y soumettre. L'origine de cette pratique a fait naître bien des conjectures ; mais il est probable, comme le suppose Broca, qu'elle était dirigée contre l'épilepsie essentielle, le morbus divinus, ou maladie sacrée des anciens.

Les indications étaient-elles fournies par la cessation des convulsions épileptiformes d'origine traumatique à la suite de l'ablation des fragments d'os enfoncés ? Ou bien était-ce dans le but de donner issue au malin esprit, au démon, qui avait choisi comme résidence cette partie du corps de la pauvre victime, ainsi que le voulait la croyance ancienne ? Voilà ce qu'il nous est impossible de dire ; mais il n'y a pas de doute sur ce point, que ceux qui avaient été trépanés et avaient survécu, étaient regardés comme sacrés. A leur mort, c'était une coutume pour leurs parents et les membres de la tribu, de se confectionner des amulettes avec les bords de l'orifice de leur trépanation. Ces amulettes, ils les suspendaient sur leur poitrine dans le but de se préserver des mauvais esprits et autres influences néfastes, dont ils se croyaient constamment entourés.

De semblables amulettes provenant d'autres crânes, furent quelquefois introduites après la mort dans l'intérieur du crâne de sujets précédemment trépanés, pour leur servir de viatique ou de talisman dans le voyage à travers un monde inconnu qu'ils allaient entreprendre.

Des pratiques similaires sont encore signalées à l'heure actuelle, dans certaines tribus sauvages.

Dans les premiers temps de l'histoire de la chirurgie, les dangers de la trépanation n'apparurent pas aussi gros aux yeux des chirurgiens qu'à l'époque moderne, surtout à la période d'hospitalisation.

C'est ainsi que Cornelius von Solingen raconte que Philippe de Nassau, étant tombé de cheval, et s'étant fracturé le crâne en plusieurs endroits, par suite de la projection de sa tête contre un tronc d'arbre, fut trépané dix-sept fois par un chirurgien de Momagen. — A la suite de cette opération, il guérit complètement, et prouva la solidité de sa tête en buvant au point d'entraîner la mort de trois de ses compagnons qu'il avait défiés.

Un autre chirurgien trépana un malade vingt-six fois sans pouvoir arriver à découvrir un épanchement du cerveau. Il le trouva à la vingt-septième trépanation ; il guérit son malade.

Il éxiste une relation encore plus remarquable du cas d'un malade qui survécut après avoir été trépané cinquante-deux fois dans l'espace de deux mois.

Sir Astley Cooper, regardait la trépanation comme une des plus

dangereuses opérations de la chirurgie. C'était, disait-il, une opération où il n'y avait qu'une simple membrane entre le patient et l'éternité.

Desault constate que chaque trépanation emporte son homme à l'Hôtel-Dieu.

Percival Pott conseille énergiquement la trépanation comme mesure curative et encore plus comme moyen préventif, dans certains cas où les autres chirurgiens avaient l'habitude de s'en remettre à la nature, ou de traiter suivant les préceptes héroïques de la méthode antiphlogistique.

Sous l'influence de Pott et de quelques-uns de ses élèves, ou peut-être, comme le dit Lucas-Championnière, par un phénomène de survivance des pratiques préhistoriques, la trépanation prévalut longtemps dans certains districts miniers de la Cornouaille. (Voir Hudson, *British Medical Journal*, july 1877.)

« La confiance populaire, dit Hudson, est si grande dans l'efficacité de la trépanation ou « boring » (forage) suivant l'expression courante, que le chirurgien qui hésiterait à la pratiquer, sous le prétexte d'attendre des indications symptomatiques, souffrirait beaucoup dans sa réputation. Qui sait même, si en cas de mort, on ne mettrait pas sur son compte un homicide par imprudence. »

Il n'est pas besoin de se livrer à une compilation statistique, pour arriver à pouvoir affirmer qu'à part la gravité des conditions pour lesquelles on opérera, et qui resteront les mêmes pour n'importe quel mode de traitement, la principale cause de gravité de la trépanation, cause qui la fit proscrire par bien des chirurgiens, réside, non pas dans l'opération elle-même, mais bien dans la présence de ces invisibles et mortels ennemis, dont Lister a su nous débarrasser avec un si plein succès.

Les statistiques de la chirurgie moderne démontrent qu'avec les précautions antiseptiques la trépanation du crâne n'est rien. Elles prouvent en second lieu, que la mortalité des opérations pour traumatismes du crâne ou blessures de toutes sortes s'est abaissé de 50 p. 100 à 15 p. 100 et même moins.

Mais les améliorations dans le traitement approprié des lésions chirurgicales, c'est-à-dire de celles où le diagnostic des localisations aide plus ou moins les indications opératoires, ne doivent pas être en totalité attribuées aux antiseptiques, car ce n'est pas toujours que le dommage causé à l'organisme est correctement indiqué par la situation et l'étendue d'une plaie superficielle. Bien souvent le chirurgien est largement guidé, et son opération est commandée par les principes établis par la physiologie expérimentale.

Dans un rapport à l'Académie des sciences, d'avril 1877, sur les explications chirurgicales qui découlaient de la doctrine des localisations cérébrales, M. Gosselin a exprimé cette opinion absolue, que le seul guide dans la trépanation était la blessure apparente,

et que cette condition mise de côté, la trépanation devait plutôt être regardée comme une mauvaise opération.

La fausseté de cette idée préconçue a depuis été amplement démontrée par les états de service de la chirurgie cérébrale durant les dix dernières années. Je puis citer de nombreux exemples à l'appui, mais un seul rapporté par Macewen me suffira. (Case II, *Surgery of the Brain*, British Med. Assoc. Meeting. Glascow, August, 1888.)

C'est le cas d'un garçon qui avait fait une chute six jours auparavant. Il avait plusieurs meurtrissures de la tête et de la face et une légère hébétude d'esprit. Au bout de quarante-huit heures, il était assez bien en apparence ; mais le sixième jour il eut une série de convulsions commençant dans le côté gauche de la face, envahissant graduellement le bras et finalement la jambe, bientôt suivies d'une légère parésie et de la faiblesse de ces membres. Ces attaques commençaient et se terminaient par des convulsions générales. Macewen conclut avec raison, que ces symptômes indiquaient une lésion irritative du centre brachio-facial à la partie la plus inférieure des circonvolutions ascendantes de l'hémisphère droit. Il mit à nu le crâne dans cette région et découvrit une fissure qui la traversait. Après trépanation, on ne trouva pas de sang entre le crâne et la dure-mère, mais en incisant cette membrane, on évacua deux onces de sang à demi coagulé.

L'opération fut faite antiseptiquement et le patient guérit sans fièvre. Les accès ne se reproduisaient plus, la paralysie du bras gauche disparut bientôt et l'enfant aujourd'hui vivant, est en parfaite santé.

On ne saurait trouver un plus bel argument en faveur de la chirurgie cérébrale. Si l'on s'en était tenu aux traces de traumatisme extérieur, on aurait sacrifié la vie du patient ou bien il en serait résulté pour lui une infirmité incurable. La nécessité et la valeur de la chirurgie cérébrale prophylactique ont été aussi bien mises en évidence.

Quoique bien des cas de fractures par enfoncement et autres formes de lésions traumatiques puissent sembler guérir spontanément ou sous l'influence du traitement dit antiphlogistique sans intervention opératoire, il subsiste toujours le risque de l'épilepsie ou de la folie survenant à une époque plus ou moins éloignée et qui ont pu être écartées par des interventions opportunes.

De ces cas, je puis en citer beaucoup. Un des plus beaux a été rapporté par Macewen. (Case XI, *Op. Cit.*). Un homme avait reçu un traumatisme du crâne et au bout d'un an était devenu mélancolique et sujet à des impulsions homicides. Avant son accident; il vivait heureux dans sa famille. Il n'y avait point de lésion apparente qui puisse donner l'explication de ces phénomènes, mais à l'interrogatoire on pouvait se convaincre qu'immédiatement après

l'accident, une quinzaine environ, s'étaient montrés des symptômes de cécité psychique ou d'affaiblissement des représentations visuelles. Il pouvait voir, mais ne pouvait reconnaître ce qu'il voyait, ou comprendre le sens d'une chose écrite.

Ces symptômes indiquaient l'existence probable d'une lésion du pli courbe gauche.

La trépanation de cette région permet de constater qu'une partie de la table interne avait été détachée et comprimait la partie postérieure de la circonvolution supra-marginale (pariétale inférieure) et qu'une partie de cette table interne avait été amenée jusque dans la branche antérieure du pli courbe (angular gyrus). L'os fut enlevé et replacé en position normale. Le résultat fut l'entière disposition des symptômes alarmants; l'homme se trouva bientôt capable de reprendre ses occupations quoiqu'il persistât cependant un certain degré d'excitabilité.

Jusqu'à une époque récente, cependant, — si nous faisons exception pour les pratiques préhistoriques de trépanation dans l'épilepsie idiopathique, et leurs applications jusqu'au XVIe siècle au moyen des mêmes méthodes barbares — la trépanation fut seulement employée en vue de remédier aux résultats primaires ou secondaires des traumatismes crânio-cérébraux. Depuis, elle a été pratiquée pour apporter remède à l'épilepsie traumatique, c'est-à-dire à l'épilepsie dans laquelle il est évident qu'il existe une relation de cause à effet entre le traumatisme cranien bien spécifié et le début des accès.

Il n'est pas douteux que l'épilepsie puisse être aussi causée, soit par une lésion directe du cerveau directe lui-même, ou indirectement par irritation des nerfs du cuir chevelu ou des membranes cérébrales.

Il résulte de l'examen des statistiques des cas actuellement opérés — les cures étant différemment estimées à 65 p. 100 par Echeverria — à 58 p. 100 par Walsham — à 59 p. 100 par Koning à 69 p. 100 par Seydel — que l'intervention est pleinement justifiée par les résultats bienfaisants, source de l'irritation, tel que par exemple un nevrome douloureux.

Mais, le réel effet d'une simple trépanation du crâne, la destruction d'une cicatrice douloureuse ou l'enlèvement d'une esquille osseuse, ont été estimés à trop haut prix selon toute probabilité. On a rapporté en effet comme guéris beaucoup de cas qui depuis n'ont pas été soumis à une observation chirurgicale ultérieure.

Les cas dans lesquels l'entière cessation des accès a été établie, sont relativement peu nombreux. Or, nos connaissances sur l'épilepsie nous permettent de dire que la cessation des accès pendant plusieurs mois, peut être suivie de nouveaux accès tout aussi sérieux à une distance plus éloignée. Dans quatre-vingt-deux cas rapportés par Walsham, il y avait une cicatrice déprimée ou bien une simple

tache sans dépression ou autres marques de traumatisme. Dans les deux tiers des cas, on trouva une portion d'os enfoncée, altérée ou malade. La dure-mère paraissait saine dans un grand nombre de cas, mais dans quelques-uns elle était épaissie, adhérente ou altérée d'une autre façon. Mais quoique Walsham évalue à 58 p. 100 le nombre des succès, je peux seulement trouver douze cas où la cessation des accès ont duré un an après l'opération.

Ainsi donc, les cures probantes d'épilepsie traumatique, par simple trépanation du crâne sans ouverture de la dure-mère devront être évaluées, non pas à 58 p. 100, mais à 15 p. 100.

Les statistiques modernes ne viennent pas à l'encontre de ce résultat, et il y a des raisons de craindre que la guérison de l'épilepsie traumatique par simple trépanation du crâne ne soit problématique.

Dans tous les cas, la trépanation n'est pas indiquée, à moins qu'il n'y ait une preuve évidente d'un traumatisme bien défini, ou qu'en outre, on constate des signes d'irritation locale de la région de l'écorce ou d'un territoire plus éloigné. Les chirurgiens qui ont trépané pour épilepsie traumatique ont simplement ouvert le crâne et se sont refusé à inciser la dure-mère ou à s'attaquer au cerveau lui-même.

Nos nouvelles connaissances en physiologie cérébrale ont ouvert une voie nouvelle à la chirurgie du cerveau. J'ai vigoureusement conseillé pour ma part une conduite nouvelle, et j'y ai été conduit par nos recherches faites en collaboration avec le prof. G. F. Yeo. (*British medical Assoc.*, 1830) (Marschall Hall oration. Med. Chir. Soc., 1883.) Mais l'honneur d'avoir tracé la voie en chirurgie cérébrale humaine revient à notre compatriote Macewen de Glasgow.

Dans sa brillante communication au Meeting de la *British med. Ass.* en 1888, il a donné les détails de nombreux cas où il eut à pratiquer des opérations sur le cerveau, guidé qu'il était par les principes des localisations cérébrales. Sur vingt-deux cas, il en a opéré dix-huit avec succès et pour ceux qui ont entraîné la mort, l'opération avait été faite *in extremis*.

L'exemple de Macewen a été suivi par les chirurgiens de toutes les parties du monde et on trouve continuellement dans les journaux, des cas d'applications plus ou moins heureuses des principes qu'il avait pris pour guides.

Dans l'épilepsie traumatique provenant d'une lésion existante de la substance cérébrale, le tissu cicatriciel épileptogène a été excisé et séparé du reste de l'encéphale avec les plus beaux succès.

Un des meilleurs exemples de cette sorte nous est fourni par mon collègue, M. Harsley, qui s'est distingué à un si haut point en chirurgie cérébrale. C'était là, je crois sa première opération et le fait est d'un assez haut intérêt pour mériter d'être relaté au cours de cette séance à Edimbourg même.

Il s'agit d'un jeune garçon d'Edimbourg qui, à l'âge de sept ans, fut renversé par un cab dans Princes Streel. Il fut atteint d'une fracture de la partie supérieure du pariétal gauche et fut traité par le professseur Amandale à l'infirmerie royale. Au bout de trois semaines, il était renvoyé guéri de sa blessure, avec un certain degré de faiblesse dans le côté droit et la jambe.

A l'âge de quinze ans, c'est-à-dire huit ans après l'accident, il eut des accès épileptiformes surtout dans le côté droit. Comme ces accès reparaissaient plus graves et plus fréquents, j'arrivais à conclure que la seule chance de guérison était dans l'excision de la cicatrice, la chose fut faite.

Pour vous donner une idée de l'état pitoyable dans lequel se trouvait le patient avant l'opération, je vous dirai que dans la quinzaine précédente il avait eu environ trois cents accès, de telle sorte qu'on désespérait de sa vie. Il guérit rapidement après l'intervention et conserva un léger degré de faiblesse à droite. L'opération fut faite en mai 1886 et depuis cette époque il n'a jamais eu un seul accès. Il jouit d'une excellente santé et est capable de gagner sa vie.

Le D[r] Jackson fut le premier à suggérer, — et son idée a été maintes fois mise en pratique — que l'épilepsie dans tous les cas où elle se traduit par un monospasme ou un protospasme bien définis, procède d'un foyer épileptogène qui peut être excisé et cela, sans qu'il existe une lésion organique évidente, d'après le principe que l'excision du foyer d'excitation peut amener une disparition de l'excitation dans les centres corticaux, et consécutivement la disparition des accès.

Dans un cas qu'il rapporte et où le spasme se montra dans le pouce gauche, la mise à découvert du centre, dans l'hémisphère droit, révéla la présence d'un module tuberculeux dont l'excision amena l'entière cessation des attaques.

Dans bien d'autres circonstances, des résultats aussi bons ont été obtenus — dans d'autres les accès n'ont pas entièrement disparu malgré l'ablation de la cause irritative.

Certains cas fournissent un fort appoint à la trépanation préventive dans les traumatismes, certains autres montrent que l'intervention chirurgicale est possible à une date assez reculée, alors que l'habitude épileptique n'a pas eu le temps de s'installer.

L'excision actuellement pratiquée du foyer épileptogène par des moyens chirurgicaux ne répond pas à tous nos désidérata, et on doit fermement souhaiter qu'on puisse découvrir des méthodes pour neutraliser l'irritabilité du territoire sans amener sa destruction.

Que nous réussissions par une médication locale, la circumvallation, ou telle autre méthode il n'en reste pas moins démontré qu'il y a de ce côté une véritable terre promise ouverte aux recherches.

L'épilepsie et les convulsions épileptiformes ne sont pas seulement les affections cérébrales importantes avec lesquels nous ayons à lutter. Il y en a d'autres qui, non traitées, conduisent fatalement à la mort et souvent au milieu d'atroces souffrances. Parmi elles se range l'abcès du cerveau.

Je ferai ici surtout allusion aux abcès du cerveau d'origine non traumatique, c'est-à-dire aux abcès survenant indépendamment d'une blessure du cerveau ou de ses enveloppes.

Les autres abcès ont toujours été considérés comme réclamant une intervention opératoire et quoiqu'on soit alors amplement guidé par la blessure extérieure, il n'en est pas moins vrai que dans certains cas de suffusion hémorrhagique, ces opérations ont eu besoin d'être rendues plus précises, et ont été suivies de plus beaux succès, depuis que l'indication de leur siège et de l'étendue des lésions qu'elles entraînent a été donnée par la connaissance des localisations cérébrales.

A part ceux qui relèvent du traumatisme, les abcès cérébraux sont surtout en connexion avec les maladies aiguës ou chroniques de l'oreille interne.

Ces abcès sont surtout situés dans le lobe temporal ou le cervelet, mais qu'ils soient situés dans un point ou dans l'autre, on ne pourra arriver à eux avec précision, que par des symptômes d'une signification diagnostique bien déterminée. Quoique la mortalité par abcès cérébraux soit toujours très grande, nous pouvons citer bon nombre de cas où ces abcès ont été diagnostiqués et opérés avec succès.

Dans un cas que j'ai rapporté moi-même, la situation de l'abcès dans l'hémisphère gauche fut déterminée par un ensemble de symptômes — plus particulièrement du désordre de la parole, de la surdité verbale — qui répondaient à une lésion de la circonvolution temporale supérieure. Un orifice de trépanation ayant été pratiqué en cette région et la dure-mère incisée, l'introduction d'un trocart donna issu à une quantité de pus dont l'évacuation fit cesser les troubles. Le malade jouit aujourd'hui après plusieurs années d'une bonne santé et remplit ses fonctions de mécanicien.

Le groupe suivant est un de ceux que le médecin et le chirurgien se trouvèrent impuissants à soulager. Je veux parler des tumeurs cérébrales.

Malheureusement, une forte proportion de tumeurs cérébrales, peut-être 40 p. 100 et plus, sont de par leur nature et leur situation impossibles à atteindre et à traiter, aussi le champ chirurgical est-il relativement restreint à leur égard.

Nous pouvons faire le redoutable diagnostic d'une façon trop certaine, et nous pouvons indiquer la position d'une tumeur que nous ne pouvons souvent pas opérer.

Mais, d'un autre côté, il y a beaucoup de cas de tumeurs situées

dans des régions abordables, et qui, si l'on ne veut y toucher, conduisent à la mort aussi sûrement que les autres. Celles-là peuvent être souvent localisées avec précision, et sont souvent d'une nature qui permet leur excision et leur énucléation complète.

C'est dans le traitement de ces affections qu'un nouvel horizon a été ouvert au chirurgien, et malgré que les succès n'aient pas été constants, il y en a un certain nombre qui peuvent être regardés comme ayant arraché le malade aux étreintes de la mort.

Le premier cas d'opération pour tumeur cérébrale fut diagnostiqué par Hughues Bennett et opéré avec succès par M. Godlee. Malheureusement, alors que tout semblait aller parfaitement, le malade mourut d'inflammation septique. — C'est là un accident dont on peut se mettre à l'abri.

Quelques malades sont morts de shock : la tumeur étant très grande, et les malades fort affaiblis par de longues souffrances antérieures.

Dans d'autres cas, les tumeurs enlevées avec succès se sont reproduites au bout de quelque temps.

Chez d'autres, la tumeur localisée avec précision n'a pas été jugée opérable en toute sécurité. La vie du patient a été prolongée et ses souffrances soulagées par une opération incomplète.

Malgré toutes ces difficultés, on peut trouver dans la littérature médicale plus de trente-deux cas, dans lesquels la tumeur a pu être enlevée avec succès et le malade soulagé.

Il résulte de nos analyses et des cas parvenus à ma connaissance, que la guérison est survenue dans plus de la moitié des cas. On peut comparer avantageusement ces résultats avec la mortalité de bon nombre de grandes opérations de la chirurgie, et leur signification est que la guérison survient dans la moitié des cas. C'est là une raison pour penser que les plus grands succès peuvent être attendus à l'avenir, quand les conditions de l'opération et ses suites seront mieux connues.

Si dans cette brève revue des progrès de la thérapeutique cérébrale dont j'ai systématiquement écarté les détails techniques, j'ai pu réussir à vous montrer que beaucoup de progrès ont été accomplis, ce n'est pas certainement dans le but de faire paraître sous vos yeux un tableau d'un optimisme tranquilisant.

Bien au contraire, plus nous apprenons, et plus grande nous apparaît notre ignorance, et plus nous irons, plus complexes et plus nombreux seront les problèmes soumis à notre compétence.

Après tout, de tels progrès indiquent seulement que nous pouvons apporter un remède à de grosses maladies ou lésions du cerveau, presque exclusivement, et je crains qu'on ne puisse encore dire que nous connaissons trop mal encore les localisations cérébrales pour pouvoir citer un progrès digne de remarque en psychiâtrie. Et pourtant, de tous les départements de la médecine,

c'est le seul qui puisse retirer un profit spécial de connaissances perfectionnées du mécanisme de l'organe de l'intelligence.

Mais comme nous nous laissons guider seulement par la lente expérimentation dans l'étude des aspects objectifs et subjectifs de la fonction cérébrale à l'état de santé, il n'est point surprenant que nous soyons encore profondément ignorants de la nature et des causes si subtiles et si variées des déviations des règles ordinaires.

C'est dans les maladies de l'esprit que les idées localisatrices de Virchow ont été le moins bien appliquées. Cependant, la nouvelle physiologie cérébrale n'a pas été sans effet sur la médecine psychiatrique.

Les spécialistes ont abandonné des termes empruntés à la métaphysique spéculative, pour ceux d'une psychologie plus concrète, et ils font de sérieux efforts pour établir des corrélations entre les états morbides de l'esprit et les altérations nutritives et structurales des centres corticaux qui ont à souffrir. Ils recherchent, de concert avec les symptômes psychiques, les divers états et degrés de la destruction ou de la perversion des fonctions organiques motrices ou sensorielles qui relèvent de la même cause et constituent le côté purement objectif du même processus pathologique.

Il est impossible que des recherches faites dans cette voie ne portent pas avant longtemps des fruits abondants et je pense que c'est de ce côté, c'est-à-dire par l'étude de l'étiologie et de la pathologie de la folie, que nous arriverons à la connaissance des corrélations du cerveau et de l'esprit en général, et des facteurs individuels de notre vie intellectuelle et émotive.

Jusqu'au moment où ces recherches auront été poussées plus loin, et où on aura déterminé les différentes formes de l'aberration mentale avec plus de certitude et de précision, nous ne pouvons pas penser à une application pratique plus étendue des doctrines de la localisation cérébrale. Mais les remarquables succès de la chirurgie en ce qui concerne les autres formes de maladie cérébrale, ont fait naître l'application de méthodes chirurgicales pour le traitement de certains cas où l'aberration et la faiblesse mentales prédominent.

Tel est le cas de Lannelongue pour l'idiotie microcéphalique, les excisions qu'a fait Burckardt d'un foyer supposé d'hallucinations sensorielles, l'opération de Clay Shaw et de Batty Tuke pour la paralysie générale des aliénés.

Il est trop tôt pour se prononcer définitivement sur la valeur de ces opérations, et les opinions peuvent différer suivant que l'intervention a été calculée dans le but d'obvier ou d'arrêter les conditions primaires ou secondaires dont dépendent ces symptômes.

Je suis moi-même d'avis que ceux d'entre nous, et ils constituent

la majorité du corps médical, qui reconnaissent notre impuissance à améliorer ces malades par d'autres méthodes, ne pourront s'empêcher de regarder avec faveur, quoique en tempérant trop de zèle avec discrétion, et encourageant tous les essais mûrement raisonnés qui seraient destinés à soulager les malades qui appellent en ce moment en vain à leur aide.

J'exprime le souhait que beaucoup des jeunes et enthousiastes pupilles de notre grande et glorieuse Université, tournent leurs efforts vers ces problèmes de la thérapeutique et de la pathologie cérébrale qui sont encore insolubles.

Je suis profondément certain que dans aucune autre branche de la médecine, il n'y a moisson plus grande d'honneurs à glaner, et aussi plus grande satisfaction à soulager ses malades.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Encore la question de la genèse des circonvolutions cérébrales; par G. Jelgersma. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, N. F., t. II, 1891.)

La théorie de l'auteur a été exposée dans les *Archives de Neurologie*, t. XXI, p. 287. M. Ziehen, dans le n° 21 du *Neurolog. Centralbl.*, 1890, en rendant compte du travail de Cunningham (*Lancet*, 1890), qui adopte la théorie de Jelgersma, formule des objections que combat actuellement l'auteur. Il renforce sa théorie par les deux arguments nouveaux que voici :

A. Chez un enfant mort à six semaines de spina bifida, on trouva : 1° un cervelet trop petit de moitié, avec arrêt de développement de la protubérance et des olives; 2° une notable multiplication des circonvolutions cérébrales; il était impossible de découvrir les circonvolutions fondamentales, tandis que l'on constatait un nombre infini de circonvolutions et de sillons, inconnus et irréguliers. L'examen microscopique de l'écorce ne révélait pas d'autres altérations pathologiques, qu'une congestion des vaisseaux corticaux ; l'écorce était amincie de moitié. Cela s'interprète ainsi, d'après M. Jelgersma. La substance grise n'avait pas diminué, mais elle s'étendait sur un plan plus mince; la surface augmentant, il lui fallait un plus grand nombre de volutes pour que le contenu restât normal.

B. En biologie, il existe une relation entre les manchons myéliniques des cylindres-axes du cerveau et la formation des circonvolutions. Cela est si vrai qu'il ne se forme plus de circonvolutions à l'époque où commence, à l'intérieur du cerveau, la formation de toutes parts des gaines myéliniques (Huschke, Tuczek). Avant l'apparition des manchons de myéline, la couche superficielle des circonvolutions s'accroît rapidement, il s'y forme des cellules nerveuses, tandis que le système des faisceaux conducteurs centraux croît moins vite. Puis le développement myélinique se généralise, ce développement augmente le volume du contenu, grossit la surface; la masse cérébrale augmente, les circonvolutions s'épaississent et se plissent, mais il ne s'en forme pas de nouvelles. P. Keraval.

II. Electrophthalme ; nouvel appareil pour la perception des phénomènes lumineux au moyen des sensations thermiques et du sens du lieu ; par K. Noiszewski. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., t. II, 1891.)

Faire voir les aveugles en leur faisant savoir qu'ils ont devant eux, ou qu'ils vont avoir devant eux un corps éclairant, éclairé, ou obscur. Leur donner la possibilité de se rendre compte du lieu de ce corps à l'état de repos ou de mouvement, de façon qu'en tout temps ils soient en état d'indiquer la direction du mouvement du corps et d'en distinguer les approches ou la distance. Tel est le problème résolu.

Voici une chambre obscure dont la paroi postérieure se compose de trois parties. La première est un disque métallique percé de trous comme un tamis, et pourvu d'un châssis de métal qui conduit un courant électrique sur le crible où il se répartit uniformément. La partie postérieure du tamis est doublée d'une mince lame de sélénium appliquée contre elle, et enchâssée dans le même anneau que le tamis; on sait que la lumière provoque, par action sur le sélénium, un courant électrique. Derrière cette lame, existent des bâtonnets disposés en brosse d'une notable épaisseur, dont chaque soie communique avec la face postérieure de la lame de sélénium, chacune de ces soies se compose d'un petit fil d'or recouvert d'une couche isolatrice qui met en communication le sélénium avec la peau du front du sujet. On assure la communication parfaite de cet appareil conducteur avec la peau, en ayant soin de prendre au préalable le moulage du front du sujet auquel l'appareil est destiné ; on fabrique la petite brosse sur ce modèle ; le contact est ainsi parfait. L'appareil étant placé entre les deux yeux et muni d'une lentille, les objets éclairants ou éclairés actionnent la lame de sélénium sur laquelle leurs rayons sont concentrés. Le courant électrique engendré agit sur la partie correspondante des bâtonnets ; l'élévation de chaleur produite se transmet à telle ou telle sec-

tion de la glabelle et l'aveugle est averti. Le mouvement du calorique, sa direction, son intensité, sa localisation, permettent au malheureux de préciser la nature de l'objet, son état, son siège.

P. K.

III. Etat somniforme chez les animaux auxquels on a enlevé le cervelet; par A. Borgherini. (*Neurol. Centralb*, 1891.)

Quand le chien est guéri du traumatisme, il récupère la motilité. Mais, si on lui bande les yeux, il demeure immobile, étend les jambes et s'allonge lentement sur le sol, s'y couche en appuyant le tronc, le cou, la tête. En vain l'appelle-t-on de n'importe quelle façon. Rien n'y fait. Pour qu'il change de position, il faut lui tourner les membres à lui faire mal. Si vous le suspendez par la peau de la nuque, il abandonne tête, oreilles, pattes, comme s'il était mort. Diminution des réflexes tendineux; ralentissement de la respiration. On lui rend la vue, il reprend son activité motrice. L'auteur croit que, le cervelet ayant été enlevé, la privation de la vue empêche l'animal de corriger son ataxie ; ayant conscience de son impotence, il refuse de se mouvoir ; c'est une sorte de collapsus.

P. K.

IV. Quelques expériences sur les centres cortico-moteurs après ligature des uretères; par A. Spanbock. (*Neurol. Centralb.*, 1891.)

La région du sillon crucial est, au début de l'urémie, parfois hyperexcitable (courants induits; électrodes de platine); puis son activité décroît avec les progrès de l'urémie. C'est ainsi que le montre l'étude comparée de l'excitabilité des régions en question, privées ou non de leur écorce, avant et après la ligature des uretères, à des altérations des centres corticaux mêmes que ces phénomènes sont imputables. Un discernement expérimental bien conduit des effets de la narcose chloroformique, du traumatisme, de l'inanition, du refroidissement, montre que cette modification de l'excitabilité de l'écorce résulte du trouble des échanges nutritifs produit par l'urémie. Il est à remarquer que lorsque l'excitabilité de l'écorce a baissé, on obtient des convulsions motrices (surtout toniques) des plus vives ; il est à croire que les convulsions ont pour point de départ les centres sous-corticaux privés de l'influence régulatrice de l'appareil cortical. P. Keraval.

V. Contribution a la topographie des lésions bulbaires dans la sclérose latérale amyotrophique ; par Wl. Muratoff. (*Neurol. Centralb.*, 1891.)

Trois nécropsies montrent, au point de vue qui nous occupe.

A. *Dans la substance grise.* — 1° Atrophie du noyau principal de

l'hypoglose avec atrophie, soit complète (2 observations), soit partielle (1 observation) de la racine du nerf en question; — 2° atrophie légère du noyau postérieur du pneumo-gastrique; — 3° atrophie, soit évidente (1 observation), soit faible (2 observations) du noyau du facial (indemne, dans la troisième observation). Le rameau d'émergence présentait une atrophie partielle, le genou du facial, et les fibres qui environnent le noyau de l'oculomoteur externe étaient atteints d'atrophie complète; — 4° atrophie faible du noyau moteur du trijumeau (1 observation), intégrité dans les trois observations du noyau du glosso-pharygien, de l'oculomoteur externe, de loculomoteur commun.

B. *Dans la substance blanche.* — 1° Sclérose du faisceau pyramidal dans toute son étendue; — 2° atrophie, peu nette, du faisceau longitudinal postérieur du bulbe, mais extrêmement nette dans le cas où il y avait atrophie complète du noyau de l'hypoglosse, ce qui prouve un consensus parfait avec les altérations des noyaux; 3° — dégénérescence du faisceau fondamental du cordon antérieur; — 4° dégénérescence des fibres du raphé, mais exclusivement dans la portion inférieure (ventrale), à la hauteur de l'hypoglosse; — 5° zones d'atrophie disséminées dans la région ventrale (inférieure) du ruban de Reil, à la hauteur de l'hypoglosse, de l'oculomoteur externe, du facial. P. Keraval.

VI. Les altérations dégénératives des cellules nerveuses dans la myélite aigue; par M. Friedmann. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

D'après ces recherches, la dégénérescence commence par une partie limitée de la cellule, celle qui est accessible aux agents colorants, du moins à ceux dont l'auteur s'est servi. (Bleu de méthyle syst. Kronthal, méthode de Nissl.) Ce n'est qu'après que le noyau et les prolongements meurent et se résolvent; enfin, la cellule entière se ratatine ou disparaît. P. K.

VII. Observation sur la subordination des dégénérescences des nerfs périphériques a la destruction des noyaux d'origine, pour faire suite a un cas de paralysie bulbaire avec sclérose latérale amyotrophique; par P. Kronthal. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Le malade (une femme) avait vécu plusieurs années en proie à cette affection. L'autopsie révéla : dans la moelle une atrophie complète des cellules des cornes antérieures avec dégénérescence très prononcée du système pyramidal, légère des cordons antérolatéraux presque totale des racines antérieures. Dans le cerveau, atrophie des noyaux de l'hypoglosse, du pneumogastrique, du glossopharyngien, du facial; intégrité de ceux de l'acoustique, du trijumeau, du moteur oculaire externe, du pathétique, de l'oculo-moteur commun, dégénérescence des faisceaux pyramidaux

jusque dans le pédoncule cérébral. Ainsi donc : *lésions des nerfs craniens périphériques* dont les noyaux sont *lésés;* mais *intégrité des nerfs spinaux périphériques*, alors que les *cellules des cornes antérieures* sont *totalement dégénérées*. Ce qui prouve que, si la dégénérescence des cornes antérieures peut s'accompagner de dégénérescence des nerfs périphériques, ce n'est pas une conséquence forcée, et que, par suite, la dégénérescence des nerfs périphériques de la moelle consécutive à la lésion des cornes antérieures, tient à d'autres conditions que la dégénérescence des nerfs crâniens périphériques, consécutive à la lésion de leurs noyaux d'origine. Peut-être, en ce qui concerne les nerfs spinaux, faut-il penser à l'influence des cellules nerveuses incluses dans le nerf lui-même?

P. K.

VIII. Un cas de réduplication et d'hétérotopie partielles de la moelle; par L. Jacobson. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Il s'agit d'un cas de myélite transverse ascendante avec tuberculose de la prostate et des reins ; gommes du crâne. On trouve : 1° la réduplication et l'hétérotopie (congénitales de la substance grise. Voir description et figures) ; 2° les lésions myélitiques, de cause inconnue. Ce qui est intéressant, c'est que ce malade ait pu, malgré ses anomalies congénitales, atteindre l'âge de cinquante-cinq ans, sans avoir aucunement présenté de symptômes témoignant d'un affaiblissement spinal. Il a alors eu sa myélite (probablement syphilitique) tout comme si sa moelle eût été normale. Au point de vue technique, on éprouve de grandes difficultés à travailler, à colorer ces sortes de moelles, car la coloration des coupes, dans toutes leurs parties, par les méthodes de Weigert et Pal ne réussit jamais bien, même pas à peu près, en dépit d'efforts répétés (Kronthal, Jacobson).

P. Keraval.

IX. Nouvelle méthode de coloration du système nerveux central ; par Th. Ziehen. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Faites durcir dans un mélange, à parties égales, d'une solution à 1 p. 100 de chlorure d'or et d'une solution à 1 p. 100 de sublimé. Durée de trois semaines à cinq mois sans renouveler souvent le liquide. Pratiquer les coupes, telles quelles, sans les inclure. On les porte dans l'alcool ; elles sont noir bleuâtre par transparence, rouge brun métallique à l'œil nu. On les immerge un temps variable, suivant les fragments dans une solution de Lugol (au quart) ou de teinture d'iode (au quart). Laver à l'alcool absolu. Monter dans l'huile d'œillet et le baume du Canada. Il se produit une coloration gris bleuté des fibres myéliniques, des cellules nerveuses, des cellules de la névroglie, avec leurs prolongements, les détails et notamment les contours sont parfaitement distincts.

P. K.

X. De la distribution des cellules nerveuses dans le segment le plus inférieur du canal vertébral chez l'homme ; par A. Hoche. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Jusqu'à ce jour, on a prétendu que, sur une coupe transverse de moelle épinière, l'existence de cellules nerveuses est limitée à la substance grise et que, les quelques cellules nerveuses isolées, qui occupent la substance blanche, avoisinent la substance grise et, morphologiquement, sont identiques aux autres. On sait aussi que, dans toutes les racines postérieures de la moelle, il y a quelques cellules nerveuses, exceptionnellement même de petits groupes cellulaires dont les éléments ont les mêmes caractères que les cellules des ganglions spinaux des quelles ils tiennent au point de vue embryogénique; jusqu'ici, on n'a pas trouvé de cellules nerveuses dans les racines antérieures. En outre, dans le canal vertébral, en dedans de la dure-mère, existent d'ordinaire le ganglion du nerf coccygien (Schlemm), ainsi que les cellules nerveuses des fins trousseaux nerveux du *filum terminal* (Rauber) qui sont considérées comme les ganglions spinaux d'une 32e et 33e paire nerveuse rudimentaire. M. Hoche a aussi observé (5 cas sur 6 examens) des cellules nerveuses au-dessous du renflement lombaire qui vont jusqu'au cône terminal, en nombre et en étendue variés, selon les individus. Elles existent entre les fibres émergents des *racines antérieures*, à l'endroit où ces racines traversent la pie-mère dans les prolongements de laquelle elles se drapent, immédiatement au-dessous de cette méninge, entre ses lamelles, et çà et là, jusque dans les faisceaux radiculaires descendants. Elles n'ont pas les caractères des cellules de la substance grise; grosses, ovales, parfois plus grosses que les plus grosses des cornes antérieures, à noyau excentrique, pourvu d'un nucléole, elles sont fréquemment fortement pigmentées... Pour ces motifs, ce sont des cellules autonomes, indépendantes, d'autant plus qu'en ces régions, on ne trouve pas de cellules nerveuses dans la substance blanche (il ne s'agit donc point d'une migration). Dans la queue de cheval, il n'est pas rare de trouver des cellules nerveuses (embryon humain de huit mois). P. Keraval.

XI. Annexe au travail intitulé : *Des différentes situations et dimensions du faisceau pyramidal;* par W. Bechterew. (*Neurol. Centralbl.*, 1891 [1].)

Le travail de Lenhœssek sur le même sujet (*Anat. Anzeig.*, 1889, n° 7) arrive à des résultats analogues. Toutefois, la priorité lui appartient quant à la situation du faisceau pyramidal chez les rongeurs, dans les segments antérieurs des cordons postérieurs, par la méthode embryogénique. P. K.

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

XII. Remarque relative a la racine médiane du nerf optique chez les oiseaux; par Perlia. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

M. Perlia prétend avoir décrit le premier un trousseau de fibres qui, se détachant de la bandelette optique, s'en va, à travers le cerveau moyen, jusqu'à l'arrière du cerveau où il gagne un noyau relativement volumineux situé sur les côtés du noyau du pathétique. P. K.

XIII. Des systèmes de fibres que l'on trouve sur le plancher du troisième ventricule; par L. Darkschewitsch et G. Ribytkow. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Abstraction faite des fibres qui appartiennent au nerf optique, quels sont chez l'adulte les systèmes de fibres que l'on peut distinguer de la substance grise du troisième ventricule. Ce sont : immédiatement en arrière du chiasma, deux systèmes superposés, marchant parallèlement au chiasma. La *commissure de Meynert* et le *faisceau ou entre-croisement de Forel.* Un troisième occupe le chiasma, c'est le *faisceau indépendant ou commissure de De Gudden.* L'indépendance de la commissure de Meynert et du faisceau de Forel est démontrée par l'étude des cerveaux des nouveau-nés. Le faisceau de Forel se garnit de myéline plus tard que la commissure de Meynert. Ses fibres se composent d'une partie des fibres antérieures (côté cérébral) du noyau rouge de la calotte, se dirigent en bas, s'entre-croisent au-dessous du troisième ventricule, puis, tout le long du plan inférieur du pédoncule cérébral, s'insinuent entre ce pédoncule et la bandelette optique pour atteindre la partie basale du noyau lenticulaire. — La commissure de Meynert comprend deux systèmes : l'un se compose des fibres qui unissent le noyau lenticulaire au corps de Luys du côté opposé; l'autre, des fibres du ruban de Reil médian qui, après entre-croisement sur le plancher du troisième ventricule, vont, du côté opposé, au corps de Luys et au noyau lenticulaire. Cette commissure n'a aucun rapport avec les deux corps genouillés. — La commissure de De Gudden est formée de fibres qui unissent, par entre-croisement, les corps genouillés internes aux noyaux lenticulaires. P. Keraval.

XIV. De l'innervation et des centres cérébraux de la sécrétion lacrymale; par W. Bechterew et V. Mislawski. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Des expériences méthodiques de vivisection des auteurs, il résulte que le centre réflexe principal de la sécrétion lacrymale occupe les couches optiques et que c'est là même que se trouvent les voies conductrices centrales du grand sympathique cervical qui monte ensuite jusqu'à l'écorce des hémisphères. P. K.

XV. Un cas d'anomalie dans le trajet des fibres et de redoublement partiel de la moelle chez un paralytique général; par B. Feist. (*Neurol. Centrabl.*, 1891.)

A lire en entier. Car la description tout entière fait, avec les figures, l'intérêt de l'observation. P. K.

XVI. Contribution a l'étude de la névrite multiloculaire; par M. Brasch. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Fait se rapprochant des observations de Korsakow. Hyperexcrétion anormale d'urobiline dans l'urine comme dans les faits de Harley (*British med. Journal*, nov. 1890) et Korsakow. D'où la pathogénie. Intoxication par une substance d'origine externe ou interne (auto-intoxication), bactérienne ou autre. Peut-être l'urine était-elle ans l'espèce l'émonctoire protecteur. P. K.

XVII. Contribution a la casuistique des affections en foyer de la protubérance et, en particulier, des troubles de la parole anarthriques; par St. Markowski. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 2.)

De notre observation personnelle, dit l'auteur, il résulte que :

1° Les foyers de ramollissement unilatéraux de la moitié gauche de la protubérance n'entraînent pas nécessairement des troubles de la parole, alors même que ces foyers ont détruit toute la masse des pyramides correspondante. — 2° Quand la masse gauche des pyramides est détruite dans le bulbe, un foyer de ramollissement dans le côté droit de la protubérance suffit, s'il détruit la partie médio-dorsale de la masse pyramidale opposée (droite), pour produire de l'anarthrie. — 3° Par conséquent, il y a lieu d'admettre que les voies motrices qui commandent à la parole passent par les deux moitiés de la protubérance, et par suite qu'il y en a des deux côtés. — 4° Il y a lieu aussi d'admettre que, dans la protubérance, les voies motrices de la parole occupent les parties médianes et postérieures (dorsales) de la masse des pyramides. — Il en est de même pour les troubles de la déglutition; tant qu'il n'y a de foyer protubérantiel que dans la moitié gauche du pont de Varole pas de dysphagie, elle n'apparaît que s'il y a en outre un foyer à droite. De même que pour les actes coordonnés volontaires de la parole, le mouvement coordonné qui préside à la mise en train de la déglutition est sous la dépendance de tractus spéciaux qui passent par le bulbe et unissent le centre de la déglutition bulbaire avec le cerveau. Nous expliquerons donc le trouble de la déglutition comme nous expliquerons le trouble de la parole, par l'interruption, dans le bulbe, de ces tractus d'association. Ces faisceaux de la parole et de la déglutition sont voisins dans le bulbe, puisque les mêmes foyers, à localisation identique, produisent simultanément des troubles de la parole et de la déglutition.

De l'étude analytique des cas de la bibliographie, un point se dégage. Les foyers unilatéraux avec anarthrie sont plus rares que les foyers unilatéraux sans troubles de la parole du tout. L'anarthrie

en tout cas peut se produire (dans les cas de foyers protubérantiels) non seulement par des foyers gauches mais aussi par des foyers droits. Quand le foyer de ramollissement est bilatéral, presque toujours, il y a anarthrie. P. K.

XVIII. Le poids du cerveau dépend du poids du corps et des aptitudes mentales; par O. Snell. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIII, 2.)

Etant donné deux animaux ayant une valeur intellectuelle à peu près égale, le plus petit a un encéphale plus léger au point de vue absolu mais, relativement plus lourd. Cela tient à ce que le travail des échanges nutritifs, qui est sous la domination de l'encéphale, est proportionnel à la grandeur de la surface du corps et que la surface du corps est chez les petits animaux relativement plus grande.

Formule $h = K^s p$.

Dans cette formule,

h est le poids de l'encéphale,

K — du corps.

s, exposant somatique, correspond au nombre ajouté comme exposant au poids du corps; il exprime le rapport du poids encéphalique avec celui d'un autre animal, en tant que ce poids cérébral dépend des fonctions physiques;

p est le facteur psychique; il exprime le degré des aptitudes mentales de l'animal correspondant.

Snell a déterminé *s* et *p* pour une série d'animaux.

s est, pour tous les animaux à sang chaud voisin de 0,68

— chez l'homme 0,874

— chez la femme 0,866

— chez le gibbon 0,301

— chez le dauphin 0,205

P. K.

XIX. A quels accidents donnent naissance les lésions en foyer du putamen du noyau lenticulaire; par O. Hebold. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIII, 2.)

Voici une femme de soixante-quatorze ans en démence, ayant présenté pendant la vie, bléphanoptose de la paupière droite, hémiparésie gauche complète, *tremblements choréiformes* des extrémités droites, s'exagérant à l'occasion des mouvements volontaires, tremblement choréiforme des extrémités gauches. — *Autopsie*, atrophie du cerveau; hydrocéphalie; un kyste gros comme un pois occupe le putamen droit; hydromyélie marquée de la moelle thoracique. — *Autre observation. Tremblement bilatéral.* Autopsie. Des deux côtés, ramollissement hémorrhagique dans le noyau lenticulaire. — Deux observations : mélancolie ou folie systématique

hallucinatoire chronique. *Autopsie*. Un kyste dans le putamen, n'ayant provoqué aucun symptôme pendant la vie qui puisse faire penser à une affection en foyer.

Par conséquent, il est douteux que, dans les deux premières observations, le trouble de la motilité doive être rattaché à une lésion du noyau lenticulaire.

XX. Un cas d'atrophie musculaire spinale progressive compliquée de lésion des noyaux bulbaires et de l'écorce; par A. Alzheimer. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXIII, 2.)

Homme de trente-trois ans, sans tares. En 1879, atrophie de l'éminence thénar gauche. En 1881, syphilis. A la fin de 1889, douleurs gastriques et vomissements. En février 1890, psychose aiguë (délire). Actuellement atrophie des muscles des deux bras et des épaules; convulsions fibrillaires. Rien du côté de la sensibilité; pas de spasme; exagération des réflexes tendineux. Délire intense; désordre excessif dans les idées. Mort. — *Autopsie*. Epaississement de la pie-mère et des vaisseaux cérébraux; épendymite. Atrophie des cornes antérieures de la moelle, du plexus brachial, des muscles des extrémités supérieures, des épaules et du diaphragme. Carcinome hépatique; tuméfaction de la rate et des ganglions lymphatiques. Au microscope, atrophie simple des cornes grises antérieures de la moelle; légère sclérose des faisceaux radiculaires antérieurs; hypertrophie de quelques fibres dans les muscles atrophiés, grave altération des vaisseaux sur le plancher du quatrième ventricule, dégénérescence des cellules nerveuses dans les noyaux des cordons postérieurs, du pneumogastrique, de l'acoustique, dans le corps optostrie; lésions diffuses des cellules nerveuses de l'écorce. P. K.

XXI. Le topothermœsthésiomètre; par Noiszewski. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F., II, 1891.)

C'est une mince lamelle d'ivoire traversée par de très minimes petits crayons de platine dont on a poli et émoussé les extrémités au ras de chacune des faces de la lamelle. Ces crayons sont éloignés l'un de l'autre de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 millimètres et plus, distances toujours nettement mesurées. On fait communiquer deux crayons au moyen de petites plates-formes en zinc de 2 millimètres sur un demi-millimètre, montées à l'extrémité d'un compas spécial. On chauffe ces plates-formes et, en les mettant en communication avec deux crayons écartés, suivant les cas, de 1, 3, 10 millimètres, on en transmet la chaleur exactement déterminée à l'avance. Voici comment on apprécie le sens thermique. Sur un point qui est en dehors de la lame d'ivoire on applique un bâtonnet chauffé à une température déterminée. On applique en même temps, par

comparaison, sur les crayons les plates-formes de zinc chauffées à la lampe à alcool, jusqu'à ce que la personne en expérience déclare égale la température des sensations thermiques auxquelles elle est simultanément soumise. Alors on lui demande si elle ressent une ou deux impressions thermiques; généralement elle ne commet pas d'erreur de plus de deux dixièmes de degré.

Sur 20 personnes, M. Noiszewski a trouvé :

1° Les *endroits* de la surface cutanée doués d'une sensibilité tactile exquise, sont aussi doués à un haut degré de la propriété de localiser les sensations thermiques. Ces endroits sont : le bout des doigts, la glabelle. — 2° Quant à la *distance*, deux de nos individus pouvaient percevoir deux sensations thermiques écartées de 1 millimètre (extrémités digitales), pour onze d'entre eux l'écart était de 1 à 2 millimètres (glabelle); un vieillard, atteint de paralysie faciale et un neurasthénique en possession d'une sensibilité différentielle normale pour le tact et la température, percevaient deux sensations écartées de 10 millimètres (extrémités des doigts) ou de 5 millimètres (glabelle), mais non plus rapprochées. P. K.

XXII. ÉTUDE SUR LES POISONS DE L'INTELLIGENCE; par le Dr LEGRAIN.

Dans ce travail, à l'aide d'une analyse minutieuse d'un nombre considérable de substances appartenant à tous les règnes et dont une des propriétés est d'altérer les fonctions cérébrales, l'auteur s'est efforcé de faire une sorte de synthèse, une sorte de pathologie générale des intoxications psychiques. Il est impossible de le suivre dans tous les détails qu'il donne dans la seconde partie de son travail (partie analytique); c'est une accumulation de faits empruntés à l'histoire de chaque poison en particulier. L'auteur a tout naturellement éliminé de son travail analytique les poisons très connus, ceux qui sont d'un usage journalier dans notre société moderne et qui sont l'objet de monographies nombreuses (morphine, opium, tabac, cocaïne, etc.). Il a réservé son attention pour les substances moins connues, et dont l'histoire est éparse de tous côtés dans les dictionnaires et autres manuels de thérapeutique ou de matière médicale.

Un des points les plus originaux du mémoire est celui qui traite de l'étiologie des intoxications psychiques. M. Legrain montre que de tout temps l'homme, à quelque société qu'il appartienne, a recherché, pour en faire usage, et souvent abus, les substances excitantes pour son système nerveux. Chaque peuple a son poison cérébral. Cet empoisonnement volontaire s'étend de quelques individus à la collectivité; il devient national, puis ethnique avec toutes les conséquences désastreuses pour la race (alcoolisme, thébaïsme, kawaïsme, etc.). Il montre que ce sont les peuples les plus civilisés, les plus intellectuels qui, comparativement, fournis-

sent le plus de victimes aux poisons de l'intelligence. Bien des considérations intéressantes sont ensuite exposées sur les origines vraies des empoisonnements collectifs, sur les causes qui poussent l'homme à rechercher cette satisfaction intellectuelle que lui procurent les excitants artificiels, au détriment même de sa santé générale, sur la transformation du simple usage en abus. Il montre que l'homme a une tendance toute naturelle, toute animale si l'on peut dire, à rechercher partout son bien-être immédiat, souvent même aveuglément, sans souci du lendemain.

L'extension du mal réside dans le besoin d'imitation qui mène les masses; il existe d'autres causes accessoires : les mauvais conseils, l'entraînement, les préjugés sociaux, etc.

En face des intoxications dites volontaires, c'est-à-dire consenties, et recherchées par l'homme, M. Legrain place les empoisonnements accidentels : empoisonnements industriels et professionnels (plomb, sulfure de carbone, etc.); thérapeutiques (opium, iodoforme, etc.); empoisonnements engendrés par la pratique de la vie courante (appareils de chauffage; aliments de mauvaise qualité, piqûres d'animaux, etc.); enfin, empoisonnements d'origine humaine (vicieuse élaboration de la matière; poisons d'origine intestinale, ptomaïsme, etc.). Ces derniers faits très importants ont été bien mis en lumière.

Après une digression sur le mode d'action des poisons sur l'intelligence, l'auteur aborde la symptomatologie générale. Tous produisent un premier degré caractérisé par l'ivresse (ivresse quinique, chloralique, ergotique, iodique, thébaïque, etc.). A l'ivresse se joignent d'autres troubles intellectuels élémentaires : état de stimulation, état de dépression, troubles du caractère, de l'idéation, insomnie ou hypnose, désordres de la mémoire etc., enfin des états délirants qui sont ramenés à plusieurs types : le type maniaque (délire fébrile), le type alcoolique (alcool, datura, atropine); le type maniaque expansif (benzine, gaz hilarant); le type mélancolique (kawa, licheguana); les formes mixtes et les états vésaniques (toujours symptomatiques d'une tare cérébrale.)

Les autres phénomènes pathologiques contemporains de l'intoxication compléteront cette esquisse; phénomènes généraux (défaillances, syncope, stupeur, coma, céphalalgie, vertiges, etc.); — troubles de la motilité (contractures, crampes, convulsions, spasmes, paralysies de divers ordres); — troubles de la sensibilité pseudesthésies, hypéresthésies, anesthésies, troubles localisés dans les divers sens, etc.).

Ce chapitre, bourré de faits, échappe à l'analyse. L'auteur les classe méthodiquement et joint toujours l'exemple à l'énonciation des phénomènes morbides. C'est la partie du mémoire la plus utile aux chercheurs.

Un autre chapitre est consacré à la marche, à la durée et à la

terminaison des empoisonnements psychiques. Enfin l'auteur énumère sous forme d'axiomes très nets les caractères généraux de ces intoxications.

Nous n'avons donné qu'une bien faible idée de cet important travail qui ne comporte pas moins de quatre-vingts pages. La multiplicité des documents entassés, la méthode employée par l'auteur pour apporter la lumière sur son sujet très compliqué, dont on n'avait pas encore abordé l'étude générale, enfin des considérations originales intéressant l'hygiéniste, l'anthropologiste et le philosophe en font un mémoire très instructif et utile à consulter. C'est un véritable travail d'encyclopédie. Nous espérons que notre trop courte analyse engagera néanmoins les curieux à lire l'original dont ils tireront le plus sérieux profit. (*Annales médico-psychologiques*, 1891-92). E. BLIN.

XXIII. COMBINAISON DE L'IMAGE PHOTOGRAPHIQUE DU CERVEAU ET DE CELLE DU CRANE; par R. SOMMER. (*Centralblatt f. Nervenheilk.*, N. F., II, 1891.)

Pour se rendre compte des rapports exacts des sutures crâniennes entre elles et des sutures avec les différentes régions du crâne (étude de l'atrophie cérébrale des paralytiques généraux) l'auteur photographie le crâne en en précisant la position à l'aide d'appareils spéciaux (appui-tête, fixateur, planimètre réticulaire du crâniographe de Rieger); il détermine aussi exactement la position de l'appareil photographique, l'éloignement de l'objectif de l'objet et du fond de la chambre noire. Pour être sûr du grossissement obtenu, il photographie un réseau quadrillé de fils gradués par centimètres carrés. Voici donc le crâne obtenu avec précision par ce système de coordonnées réelles et de coordonnées optiques. On l'ouvre à la scie sans le changer de position et on détache les membranes; on photographie le cerveau *in situ* avec le même appareil, dans les mêmes conditions topographiques. Vous avez donc deux images identiques du cerveau et du contenant. Superposant ensuite vos positifs, vous dessinez les sutures craniennes et les divers accidents normaux et anormaux du crâne sur l'image cérébrale sous-jacente. Vous obtenez ainsi la projection exacte et les rapports que vous cherchez[1]. P. KERAVAL.

XXIV. UN CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE PRÉCOCE CHEZ UN HÉMIPLÉGIQUE; par L. DARKSCHEWITSCH. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Hémiplégie droite totale, y compris facial et hypoglosse; aphasie motrice complète; cécité verbale, diminution de la sensibilité à

[1] A comparer avec le *crâniomètre optique de Bénédikt*, voyez *Anthropométrie crâniocéphalique*. Paris, in-8°, 1889.

droite ; exagération des réflexes tendineux du même côté ; gâtisme. Quatre semaines plus tard, l'hémiplégie a presque disparu, mais le deltoïde, le sus et le sous-épineux présentent une atrophie évidente, arthrite de l'épaule ; l'atrophie gagne l'avant-bras, la main. Nouvel ictus. Mort. — *Autopsie*. Dans le corps strié gauche, ancien foyer de ramollissement occupant la substance blanche de l'insula, la capsule externe, la branche antérieure de la capsule interne, la partie antérieure de la branche postérieure de la capsule interne, le noyau lenticulaire, la tête du noyau caudé, une grande partie de la substance blanche de la troisième frontale. Foyer récent dans le corps strié droit. Dégénérescence descendante du pédoncule cérébral, occupant le tiers interne de ce dernier, on la suit à travers toute la protubérance, dans le bulbe où elle gagne tout le faisceau pyramidal antérieur et s'étend au faisceau pyramidal latéral sur toute son étendue. Intégrité complète des cornes antérieures et des racines de la moelle. Intégrité des cornes antérieures et des nerfs périphériques. Dans les muscles atrophiés, on trouve une diminution de volume des faisceaux primitifs ; la substance intermédiaire a proliféré, les noyaux se sont multipliés. — *Conclusion*. Amyotrophie et arthropathie cérébrales par foyer de ramollissement dans l'hémisphère gauche. P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XIII. Température élevée chez une hystérique.

Je fus appelé pour visiter Mlle E..., le 13 juillet 1891. Elle avait environ vingt-deux ans ; elle était affectée de dysménorrhée, et les apparences décelaient chez elle des convulsions hystériques. Avec l'aide des remèdes ordinaires elle fut rétablie et cela au bout de cinq ou six jours.

Je la revis au mois d'octobre et elle était encore atteinte du même mal. Après cela, elle se rendit à la campagne, à 8 milles de là, et commença à faire l'école. Au mois de février, le Dr L... la vit, et à cette époque elle était dans le même état, quoiqu'il n'existât chez elle aucun désordre sérieux, selon toutes apparences. On lui prit sa température et l'on trouva 110° F. (43°3), température qui se maintint égale pendant trois ou quatre jours, chaque après-midi. Je fus mandé en consultation vers le cinquième jour. Je trouvai comme température 108° F. (42°2) et en une heure le mercure atteignit le sommet de la colonne qui marquait 112° F.

(44°4). J'avais un bon thermomètre Hicks, certifié par Yale, et le plaçai sous le bras de la malade, au bout de trois minutes il éclata. Le Dr L... en avait un semblable qui se cassa en moins de temps.

Nous trouvâmes un thermomètre de Hicks vérifié et marquant 116° F., mais celui-ci également se brisa au bout de quelques minutes après avoir été placé sous l'aisselle. L'aspect de la malade était bon et quiconque l'aurait vue aurait dit qu'elle n'avait que peu de chose. Les selles étaient toujours régulières et normales. Elle ne se plaignait jamais de rien si ce n'est d'un peu d'engourdissement qui la prenait vers une heure de l'après-midi, pendant trois ou quatre jours. Elle finit par souffrir de névralgie faciale. Je lui fis prendre du salycilate de quinine en tablettes, 5 grains toutes les trois heures, avec 10 grains, une fois par jour, d'*antikammia*. Elle est actuellement rétablie, va partout et se porte aussi bien que le premier venu. La température est normale.

Six ou huit médecins ont vu le cas, tous ont vérifié cette haute température, quoiqu'ils fussent au début très sceptiques. Je ne pourrais dire jusqu'à quel point la température aurait pu monter puisque 116° F. était le maximum que je pus constater avec mon thermomètre, le mercure arrivait à ce point et alors l'instrument éclatait. (*The med. Record.* 9 avril 1892.)

Il s'agit là d'un cas si exceptionnel que, malgré les dires de l'auteur et les vérifications faites, on est en droit de se montrer sceptique.

XIV. Un cas de tabes dorsal traumatique avec ulcérations plantaires (*mal perforant*) simultanées; par V. Hinze. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, N. F. II, 1891.)

A la suite d'une fracture de la jambe gauche, on constate : disparition des réflexes tendineux, analgésie, ralentissement des sensations douloureuses, diminution de l'appréciation du sens de l'espace, ataxie. Pas de douleurs lancinantes. Ulcérations plantaires symétriques aux deux pieds avec troubles de la nutrition. P. K.

XV. Un cas de polioмyélencéphalite chronique; par K. Schaffer (*Centralbl. f. Nervenheilk*, N. F. II, 1891.)

Cas caractérisé par l'atteinte isolée des fonctions motrices du système nerveux ; paralysie bilatérale de l'oculo-moteur commun, du pathétique, de l'oculo-moteur externe, du facial, du pneumogastrique, de l'hypoglosse et des noyaux moteurs de l'axe spinal. Intégrité complète des organes sensoriels. En un mot, lésion de la substance grise du cerveau et de la moelle (cellules des cornes antérieures, noyaux du bulbe et du cerveau moyen); combinaison, par conséquent, de : *a*, polioencéphalite supérieure (ophthalmoplé-

gie nucléaire); *b*, polioencéphalite inférieure (paralysie bulbaire); *c*, poliomyélite chronique. Ce qui est très rare, c'est la symétrie et la bilatéralité des lésions des noyaux nerveux homologues, avec une telle précision. La syphilis étant écartée, la variation dans l'intensité des phénomènes (blépharophose, force musculaire, articulations des labiales), indique une inflammation chronique à intensité variable. P. K.

XVI. Trépanation pour les tumeurs du cerveau; par Hayes Agnew. (*University med. Magaz.*, oct. 1891.)

Il n'a été fait que cinq opérations pour ces tumeurs par les chirurgiens de Philadelphie.

Dans un cas, c'était un *fibroma* pesant quatre onces et partant de la dure-mère, qui n'était pas proprement un néoplasme cérébral. Cette opération fut faite par le Dr Keen, le 15 décembre 1887, époque depuis laquelle le malade n'a eu que six attaques d'épilepsie. Dans le second cas, opéré également par Keen, la tumeur était localisée dans le lobe occipital et ne fut pas enlevée, car le malade mourut le jour suivant à la suite d'une chute et d'une hémorrhagie. Dans le troisième cas, on ne trouva pas de tumeur, et dans le quatrième, celui du professeur Wood et le mien, on découvrit un kyste occupant le *cuneus*, on en fit l'extirpation. Le cas dont l'issue fut fatale au bout de trente-six heures fut autopsié, et l'on trouva un sarcome occupant le lobe temporo-sphénoïdal. Avant l'opération, on n'avait pas constaté la présence de symptômes locaux.

Naturellement, ces cas ne sont pas assez nombreux pour me permettre d'en tirer des conclusions convenables, mais considérés au point de vue de la littérature du sujet, les résultats des opérations pour l'extirpation des tumeurs cérébrales, ne peuvent pas passer pour bien brillants.

Il existe toujours, dans l'état actuel de nos connaissances, un certain degré d'incertitude sur la nature, l'étendue et l'emplacement exact des néoplasmes intracraniens.

S'ils sont de caractère tuberculeux (et presque la moitié sont de cette nature, spécialement chez les jeunes sujets), ils tendent à être multiples, et offrent en conséquence peu d'espoir de succès pour une opération, comme le prouve l'histoire de divers cas semblables.

Si l'excroissance était un sarcome ou un carcinome, leur étendue, avec la tendance qu'ils ont à s'infiltrer et à désorganiser le tissu environnant le cerveau, rend tous les essais d'extirpation incertains, souvent improbables, et rarement couronnés de succès. Dans la collection des tumeurs cérébrales de Starr, s'élevant au nombre de trois cents, dix-neuf seulement auraient pu justifier un essai d'extirpation.

Les cas dans lesquels les opérations peuvent courir des chances, sont des fibromes adhérents à la dure-mère, des kystes et des gliomes. Je ne veux cependant pas qu'on croit que je cherche à mettre obstacle aux praticiens qui cultivent cette branche de la chirurgie. Les succès déjà obtenus à la suite des différentes opérations faites par des neurologistes et des chirurgiens, peuvent servir d'encouragement pour des succès futurs encore plus grands.

Tableau n° 8. — *Opérations pour des tumeurs du cerveau.*

NUMÉROS	OPÉRATEUR	AGE	SEXE	NATURE de la TUMEUR	DATE DE L'OPÉRATION	RÉSULTAT	REMARQUES GÉNÉRALES
1	Keen	25 ans	Homme	Fibrome de la dure-mère	15 déc. 1887	Guéri	Tumeur, 4 onces, 6 accès seulement et pendant l'opération.
2	»	18 ans	»	Tumeur du cervelet supposée	2 mars 1889	Mort en 9 heures	Tumeur trouvée dans le 3e ventricule.
3	»	56 ans	»	»	4 avril 1890	Mort le lendemain	Mort à la suite d'une hémorrhagie. Tumeur de l'occiput, non extirpée.
4	»	55 ans	»	Non trouvé	24 février 1891	Guéri	Déchéance graduelle.
5	Wood et Agnew	»	»	Kyste *in cuneo*	1890	Mort	L'autopsie révéla un sarcome énorme du temporo-sphénoïde ou lobe SILENCIEUX[1].

Mortalité : 60 *p*. 100.

Les déductions que, d'après moi, l'on peut légitimement tirer des sujets traités dans ces notes sont les suivantes :

7° Que la trépanation pour l'hydrocéphalie est une opération *inutile* (Voir le dernier n°);

8° Que la trépanation pour la microcéphalie, indépendante de l'athétose, ne confère aucun crédit à la chirurgie (Voir plus loin);

9° Qu'il est plus que probable, comme nos observations l'ont maintes fois démontré, que le cercle de la trépanation, préliminaire pour l'extirpation des tumeurs cérébrales, sera plutôt diminué qu'augmenté.

XVII. De l'asymétrie du crane dans le torticolis; par H. Kurella (*Centralbl. f. Nervenheilk*, N. F. II, 1891.)

Observation montrant qu'une contracture du sterno-cléïdo-mastoïdien, du trapèze et du splénius du côté gauche, originaire des premiers mois de la vie, a abaissé le rocher, tiré sur la partie écailleuse de l'occipital et déplacé en bas et à gauche la moitié correspondante du crâne. La base du crâne a été entraînée dans ce mouvement, comme l'indiquent le prognathisme et l'asymétrie palatine. La compression permanente des vaisseaux englobés dans la région, a déterminé en même temps une atrophie de la moitié gauche du crâne. P. K.

XVIII. Sur une affection cérébrale produite par la syphilis congénitale; par A. Erlenmeyer. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, N. F., II, 1891.)

Cette affection se produit chez des enfants de douze à seize ans (cinq observations). Elle ressemble à la paralysie infantile d'origine cérébrale, moins la paralysie et la contracture qui font totalement défaut. Mais il n'y aurait là qu'une question de degré, ou plutôt d'étendue de la lésion cérébrale. Dans les deux espèces morbides, il y a inflammation, la paralysie infantile ordinaire constituant la forme grave (hémiplégie, convulsions, arrêt de développement, contractures), tandis que la forme signalée dans cet article serait la forme atténuée (ni paralysie, ni contractures). La première aurait pour facteur la propagation des lésions corticales à la substance blanche (l'hémiplégie émanant de l'atteinte des faisceaux conducteurs), tandis que dans la seconde, les lésions resteraient localisées à l'écorce.

Quant à l'étiologie syphilitique, c'est une hypothèse permise à raison de l'obscurité de l'étiologie de cette maladie. Le traumatisme est jusqu'ici la seule cause connue. On a, il est vrai, aussi attribué la paralysie infantile cérébrale à un germe infectieux, parce que, parfois, elle est consécutive à la scarlatine. Mais pourquoi ne pas admettre que la syphilis congénitale, restée latente jusqu'à l'époque de la scarlatine, se serait manifestée à l'occasion d'une maladie fébrile? P. K.

XIX. Un cas de paralysie de Brown-Séquard; par A.-E. Kiœr. (*Neurol. Centralb.*, 1891.)

Mais il lui manque l'hypéresthésie qui, d'ordinaire, s'installe, aussitôt après la lésion, du côté parésié, l'absence du sens musculaire du côté où la moelle est lésée. Le malade n'a que peu de chose à la vessie et au rectum. D'ailleurs, la maladie remontant à

douze années, il n'est pas étonnant que quelques symptômes se soient effacés. D'ordinaire c'est la paralysie motrice qui disparaît tandis que l'anesthésie croisée subsiste. L'affection provient d'un traumatisme ; le patient reçut un coup de poignard à peu près au milieu du dos, à gauche de la ligne médiane. P. K.

XX. Deux cas de paralysie générale aiguë ; par Zacher. (*Neurol. Centralb.*, 1891.)

Paralysie générale aiguë (trois et quatre semaines de durée), sans encéphalite interstitielle. Forme du délire aigu. Inflammation diffuse de la pie-mère, adhérences circonscrites, granulations épendymaires, hypérémie excessive du cerveau, surtout au niveau de l'écorce. Atrophie considérable et étendue des fibres, dans le gyrus rectus et les circonvolutions frontales antérieures. La névroglie est déjà épaissie ; on voit de belles cellules-araignées par groupes ; les vaisseaux commencent à être touchés. Mais en réalité, c'est l'encéphalite parenchymateuse qui domine. P. Keraval.

XXI. De la chorée héréditaire; par E. Remak. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Obs. I. Chorée héréditaire typique, consécutive à l'épilepsie. — *Obs. II.* Athétose progressive bilatérale, constituant une chorée héréditaire atypique. P. K.

XXII. Un cas d'atrophie musculaire par lésion articulaire (atrophie musculaire arthropathique); par L. Darkschewitsch. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Mort par lésion organique du cœur (artérios-cléroses, rétrécissement aortique. *Nécropsie.* Hypertrophie cardiaque excentrique, dégénérescence graisseuse du myocarde; endaortite chronique déformante), œdème pulmonaire, cyanose rénale, foie muscade; gastro-entérite catarrhale chronique, hypérémie cérébrale, synovite panneuse de l'articulation de l'épaule gauche. Pas d'altération du système nerveux. Atrophie musculaire simple (étude microscopique). P. K.

XXIII. Contribution a l'étiologie de la paralysie faciale périphérique; par S. Goldflam. (*Neurol. Centralbl.*, 1891.)

Paralysie faciale périphérique tout au début de la syphilis, à la période du premier exanthème, alors qu'il ne saurait être question de gommes, exostoses, etc... Quatre petites observations. *Nec plura.* P. K.

XXIV. De l'hémianopsie bilatérale d'origine centrale ; par A. Grœnouw. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 2.)

Une observation personnelle. Etude critique des observations des auteurs. Analyse extrêmement bien faite.

Conclusion. — Quand, dans l'hémianopsie bilatérale, d'origine centrale, une partie du champ visuel reste conservée, cette partie contient généralement, sinon toujours, le point de fixation. Les troubles du sens du lieu, qui se montrent dans les lésions du lobe occipital, tiennent à la perte d'un grand nombre d'images commémoratives des impressions optiques. P. K.

XXV. Sur un cas de paralysie progressive chronique des muscles des yeux, associé a une amblyopie toxique ; par Bœdeker. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 2.)

D'abord les accidents sus-désignés du côté de l'œil, puis accidents du tabes et de la paralysie générale. On observa ce malade huit ans. — *Autopsie :* étude microscopique. L'auteur insiste sur l'évotion des symptômes intraoculaires : décoloration des segments temporaux des papilles; dix-huit mois après, l'ensemble des deux papilles est altéré ; six mois avant la mort décoloration atrophique des deux papilles, plus accusée sur les moitiés temporales tandis que les moitiés internes présentent une réflexion rougeâtre de la lumière surtout à gauche. Ce n'est donc pas une atrophie tabético-paralytique ; c'est une amblyopie alcoolicotabétique. La marche confirme ce diagnostic ; début graduel, amélioration par intervalles atteinte presque simultanée, symétrique des deux yeux, scotôme pour le rouge et le vert dans le champ visuel périphériquement libre, avec diminution d'acuité. Le microscope révèle une névrite interstitielle ; le tissu conjonctif prolifaré, les noyaux se sont multipliés, cette hypergenèse affecte la forme d'un coin qui, pénétrant en arrière de la papille, s'étend plus loin en demi-lune ou en un ovoïde arrondi. P. K..

XXVI. Un cas de sclérose en plaques cérébrospinale chez l'enfant, avec remarques sur les rapports de cette affection avec les maladies infectieuses; par A. Nolda. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 2.)

Fillette de neuf ans, sans tares, bien portante jusqu'à sept ans ; puis démarche parético-spasmodique. A ce moment légère cyphose, tremblements dans les bras et les jambes, surtout à l'occasion des mouvements intentionnels, douleur dans les yeux, céphalalgies, vertiges, ralentissement de la parole, par moments incontinence d'urine passagère. Intégrité de la sensibilité, de l'intelligence, de la vue; pas de nystagmus. Depuis le travail d'Unger, il y en a sept

observations dont six par infection. Chez l'enfant, la diphtérite, la scarlatine, la pneumonie sont en cause. P. K.

XXVII. Contribution a la syphilis du système nerveux central et des psychopathes ; par Œbeke. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 1-2.)

Sur 320 aliénés, l'auteur en a compté 72, c'est-à-dire 22,5 p. 100 atteints de syphilis certaine, 40 (soit 12,5 p. 100) atteints à la fois de paralysie générale et de syphilis. La proportion de la syphilis chez les aliénés ou cérébropathes quelconque est de 22 p. 100; chez les paralytiques généraux, elle est de 57 p. 100.

Voici maintenant deux observations prises avec le plus grand soin, analysées individuellement, puis comparativement. La première se rattache cliniquement à une syphilis cérébrale certaine, mais à l'*autopsie* on ne trouve pas de lésions circonscrites, pas de foyers limités du cerveau, quoique le malade ait eu deux apoplexies terminées par une parésie permanente des extrémités droites et des troubles de la parole. En revanche, on trouve dans la moelle de l'inflammation méningée, des exsudats le long des vaisseaux et de leurs gaines, de l'hyperplasie de la névroglie qui remonte jusqu'à l'encéphale. Le second fait de syphilis cérébrale certaine a été confirmé par l'*autopsie;* pachyméningite, altérations de la pie-mère et des vaisseaux, notamment de la sylvienne, dilatation du ventricule latéral gauche, état granuleux et épaississement de l'épendyme, atrophie des couches optiques, ramollissement du corps strié gauche qui a presque disparu, dégénérescence descendante classique jusqu'au bulbe, voilà le bilan anatomo-pathologique.

Si nous laissons de côté la paralysie générale, nous rencontrons sur 32 observations personnelles 14 cas de perturbation intellectuelle en rapport certain avec la syphilis antécédente. Sans doute, d'autres facteurs entraient également en ligne de compte et souvent de compagnie; tels : l'hérédité, la débilité mentale congénitale, les excès alcooliques, le *shok* traumatique, des lésions du crâne, le surmenage physique.

Quant aux formes morbides, si nous établissons deux groupes : 1° le groupe des aliénés qui doivent évidemment la psychopathie à la syphilis; 2° celui de ceux qui, quoique syphilitiques, ne doivent pas sûrement leur psychose à la syphilis, voici les proportions que nous trouvons :

	1er groupe	2e groupe
Mélancolie................	5	6
Folie systématique..........	4	5
Affaiblissement intellectuel...	5	6
Troubles mento-épileptiques..	0	1
	14	18

L'évolution, examinée dans les deux groupes, donne :

	1er GROUPE	2e GROUPE
Guérison....................	2	3
Amélioration................	2	5
Non guéris..................	10	10
	14	18

P. K.

XXVIII. Hydromyélie et syringomyélie; par K. Schaffer et H. Preisz. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 1.)

Six observations d'hydromyélie et de syringomyélie ou de combinaison de ces deux affections. L'hydromyélie résulte de la formation d'une cavité qui prend naissance dans le canal central, cavité revêtue de cellules épithéliales. Si l'hydromyélie est congénitale, la cavité centrale embryonnaire ayant la forme d'une fente, la cavité ne sera pas circulaire; elle pourra même ne pas occuper la place habituelle du canal central s'il se produit une adhérence des parois de la fente fœtale au milieu ou ailleurs. — La syringomyélie est constituée par une cavité qui existe en dehors du canal central et qui n'est point revêtue d'épithélium; elle peut être congénitale ou acquise par destruction des tissus. — Telle est la distinction morphologique de ces deux cavités anormales, mais la pathogénie peut en être identique. Ainsi l'inflammation chronique autour du canal central peut provoquer une prolifération de la névroglie; les vaisseaux étant malades, certains endroits tels que la couche sous-épithéliale du canal central peuvent subir la nécrose; celle-ci englobe aussi l'espace épithélial, de sorte que, la mortification s'étendant, le canal central se dilate, par résorption des tissus nécrosés; l'épithélium gagne le bord ouvert et dilaté du canal central.

Résumé schématique.

I. Formes simples de formations cavitaires...
- 1. Hydromyélie. { *a.* Congénitale. *b.* Acquise.
- 2. Syringomyélie. { *a.* Congénitale. *b.* Acquise.

II. Formes combinées : hydromyélie + syringomyélie :
Variantes : hydromyélie congénitale et acquise avec syringomyélie congénitale et acquise.

III. Formes mixtes : hydrosyringomyélie :
Variantes : hydrosyringomyélie congénitale et acquise.

Il peut encore arriver que, sur une même moelle, à côté d'une hydromyélie congénitale ou acquise, il existe une syringomyélie indépendante produite par la nécrose des tissus, mais ne communiquant pas avec la cavité dilatée. P. K.

XXIX. Hémianopsie bilatérale inférieure et autres troubles sensitivo-sensoriels dans une psychose fonctionnelle; par Hoche. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIII, 1.)

F..., de vingt-sept ans, forte tare héréditaire. Longue dépression et multiples accidents puerpéraux (fièvre, hémorrhagie intense), puis troubles de la connaissance et hallucinations sensorielles en masse; puis, pendant des mois, dépression mélancolique grave et soudaine; disparition complète des deux côtés, de toute la moitié inférieure du champ visuel, limitée par une ligne correspondant, sur le cadran de Javal, à neuf heures treize minutes; elle voit, dans ces conditions, les chiffres 10, 11, 12, 1, 2 et c'est tout. Devant un fond clair, elle voit flotter des organites ayant la forme de fleurs bleues et jaunes, mais dont les parties supérieures seraient coupées par une ligne; conservation des phosphènes dans le champ visuel disparu; les espèces d'hallucinations sus-désignées sont vues doubles quand on place un prisme devant l'œil. Fond de l'œil tout à fait normal. Réaction parfaite des pupilles à l'accommodation et à la lumière, que l'on fasse tomber les rayons lumineux sur la moitié supérieure ou inférieure du champ visuel. Pendant plusieurs jours, la malade voit une demi-tête dont la moitié inférieure invisible occupe le domaine des apparitions colorées. Diminution de la sensibilité sur toute la surface du corps. Démangeaisons dans les mains et les pieds. Dysphagie tenant à l'insensibilité des muqueuses. Intégrité de la motilité et des réflexes. Titube, mais marche les yeux fermés. Dysaconsie à droite seulement depuis l'âge de quinze ans; hallucinations auditives unilatérales du côté droit. Disparition de l'odorat des deux côtés, mais hallucinations désagréables de l'odorat. Disparition du goût pour les substances sucrées, salées, acides. Tel est l'ensemble symptomatique qui dure cinq semaines. Au bout de ce temps, les idées mélancoliques s'évanouissent totalement, mais lacunes de la mémoire pour tout le temps passé à l'asile jusqu'au début des troubles visuels. Tous les autres symptômes s'améliorent assez promptement, les hallucinations cessent, l'appareil visuel reprend son parfait fonctionnement, et, soudain, la mémoire revient, le poids du corps remonte, la guérison est effectuée. P. Keraval.

XXX. Des états de sommeil hystérique et de leurs rapports avec l'hypnotisme et la grande hystérie; par L. Lœwenfeld. (*Arch. f. Psychiat.*, XXII, 3, et XXIII, 1.)

1° *Synonymie :* léthargie hystérique, — coma hystérique, — syncope hystérique, — apoplexie hystérique, — mort apparente hystérique; 2° *historique;* 3° *caractères* d'après cinq observations personnelles.

De cette analyse, l'auteur conclut que la léthargie pure avec avec flaccidité des membres, et les attaques de sommeil qui comprennent tous les éléments de la grande hystérie représentent les points ultimes d'une série continue de variantes dans lesquelles on trouve les symptômes de la grande attaque à tous les degrés possibles, depuis l'esquisse la plus légère de la phase épileptoïde jusqu'au parfait et complet développement des quatre périodes de Charcot. Chez une seule et même malade on a rencontré toutes ces oscillations. Donc, les états de léthargie pure sont les manifestations du même substratum pathologique que les attaques de sommeil complexes, exactement comme les formes diverses du petit-mal et de l'équivalent psycho-épileptique sont les modes de manifestation de la même névrose qui préside aux attaques d'épilepsie-type.

P. K.

XXXI. Des paralysies ostéomalaciques; par M. Kœppen. (*Archiv f. Psychiat.*, XXII, 3.)

Chez quatre femmes grosses, l'auteur a observé des manifestations spinales analogues à celles des véritables ostéomalaciques (accidents parétiques, démarche de la cane, signe de Romberg, exagération du phénomène du genou, intégrité de la sensibilité et des fonctions vésicales, douleurs des membres, douleurs en ceinture). Dans ces quatre cas, la santé revenait entre les grossesses; à chaque grossesse, les accidents reparaissaient. Il croit que des lésions de la substance musculaire président à la paralysie, car l'impotence due aux douleurs est incapable à elle seule d'expliquer la paralysie. A côté des symptômes ostéalgiques, il y a quelques symptômes de nature névritique, ou dérivant de la compression des troncs nerveux.

P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Troisième session (*Blois*). — 1er-6 août 1892.

Le troisième Congrès français de médecine mentale s'est ouvert le 1er août à 3 heures dans la nouvelle salle des séances de l'hôtel de ville de Blois, sous la présidence provisoire de

M. Théophile Roussel, sénateur, assisté de M. le Dr Dufay, sénateur de Loir-et-Cher, et de M. Bouchereau, médecin en chef de l'Asile clinique. M. Sainserre, préfet de Loir-et Cher, a souhaité d'abord la bienvenue aux membres du Congrès. Puis M. Bouchereau, président du Comité d'organisation, a remercié M. le préfet. Les congressistes de France étaient au nombre de quatre-vingt-trois.

M. Albert Carrier (de Lyon) a lu ensuite un rapport sur le compte rendu financier du Congrès de Lyon. Puis M. Théophile. Roussel a été désigné, par acclamation, pour diriger les travaux du Congrès. Il a remercié ses collègues de ce grand honneur et rappelé les progrès considérables de la médecine mentale. Ont été enfin élus aussi par acclamation : vice-présidents : MM. Parant (Toulouse), Carrier (Lyon), Giraud (Rouen), Samuel Garnier (Dijon) ; secrétaire général, M. Doutrebente (Blois) ; secrétaires des séances, MM. Thivet (Blois), Marie (Evreux); présidents d'honneur : MM. le préfet de Loir-et-Cher, le maire de Blois, Calmeil, Delasiauve, Monod, Brouardel, Ball, Falret, Bouchereau et Dufay, sénateur.

Séance du lundi 1er août. — PRÉSIDENCE DE M. TH. ROUSSEL.

PREMIÈRE QUESTION : *Du délire des négations ; sa valeur diagnostique et pronostique.*

M. CAMUSET (de Bonneval), rapporteur. — L'historique du délire des négations est des plus restreints et, depuis douze ans, époque à laquelle parut le premier mémoire de Cotard sur le sujet, on ne peut réunir sur la matière qu'un petit nombre de travaux dus à Cotard[1], à M. Séglas, des observations isolées (thèse de M. Journiac), si bien que la question ne semble pas avoir progressé beaucoup.

Pour Cotard, le délire des négations est une psychopathie comparable au délire des persécutions de Lasègue. Dans un premier travail, il ne considère ce délire hypochondriaque spécial que comme un symptôme de certains cas graves de mélancolie anxieuse, devant passer à l'état chronique ; dans son second mémoire plus complet, il croit devoir isoler décidément cette espèce de lypémanie, qu'il décrit comparativement au délire des persécutions. Le rapporteur rappelle les principaux symptômes et l'évolution du délire des négations, d'après Cotard. Au début, on observe surtout de l'hypochondrie morale, tandis que, chez les persécutés, ce sont des préoccupations hypochondriaques d'ordre physique. Puis,

[1] Voir *Archives de Neurologie.*

surviennent de l'anxiété, des gémissements, ou bien de la stupeur, ou des alternatives d'anxiété et de stupeur. Les malades ont un délire franchement mélancolique avec idées d'indignité, d'incapacité, de culpabilité, de damnation, de possession; les persécutés, au contraire, rapportent toutes leurs souffrances à des influences extérieures. Les négateurs se suicident souvent, se mutilent; à l'inverse des persécutés, ils deviennent rarement homicides. Ils sont fréquemment analgésiques : les hallucinations de l'ouïe manquent souvent ou sont simplement confirmatives des idées délirantes, en sorte qu'il n'y a pas de dialogue entre eux et leurs interlocuteurs invisibles; les hallucinations visuelles sont, au contraire, fréquentes. A ce moment, l'hypochondrie physique se manifeste par des idées de destruction, de non-existence des organes; certains malades se croients morts, d'autres immortels; et, fait important à noter, ces derniers gémissent de leur immortalité au lieu de la considérer comme un privilège; même alors, ils restent mélancoliques. Les persécutés, à l'inverse des négateurs, présentent d'abord de l'hypochondrie physique, puis de l'hypochondrie morale. La négation peut porter aussi sur le monde extérieur, devenir même universelle. Les négateurs présentent encore fréquemment de la folie d'opposition, manifestation extérieure de leur délire. Ils refusent fréquemment les aliments; et ce refus est alors total, tandis qu'il est partiel chez le persécuté à idées d'empoisonnement. La marche de ce délire est d'abord franchement intermittente, puis continue, pour aboutir à la démence. Il évolue continuellement sur un fonds d'anxiété qui disparaît avec l'arrivée de la démence. Dans les périodes avancées, on rencontre un délire pseudo-mégalomaniaque qui n'est, en réalité, qu'un délire mélancolique à rapprocher des idées d'immortalité et que Cotard a désigné du nom de délire d'énormité. Il faut noter cependant qu'il existe des cas très rares; il est vrai, où le délire d'énormité se transforme lui-même en véritable délire des grandeurs.

Dès le début, les négateurs sont d'un caractère timide, taciturne, scrupuleux; chez ces prédisposés, le délire des négations peut se déclarer de plusieurs manières; quelquefois brusquement à l'âge moyen de la vie, il peut alors évoluer et guérir rapidement, mais les rechutes sont probables, car ce délire se rattache aux vésanies d'accès ou intermittentes; par la suite, il s'établit définitivement sous une forme plus ou moins rémittente. Le plus souvent il n'apparaît qu'au deuxième ou troisième accès de mélancolie. Le pronostic de l'accès est surtout fâcheux quand on voit diminuer l'intensité du trouble mélancolique général avec persistance des idées délirantes qui se systématisent alors. Les négateurs sont des héréditaires à développement exagéré de ces mêmes qualités morales dont l'avortement, chez d'autres, explique la vie désordonnée.

Le délire des négations, d'après Cotard, se présente à l'état de

simplicité, se rattachant alors aux vésanies intermitttentes. Il peut être symptomatique de paralysie générale; il peut aussi s'associer au délire de persécution. Enfin, il évolue parfois sur un fonds hystérique.

Les idées de négation sont l'expression de troubles subjectifs divers, mais de nature identique : aussi bien que le fonds délirant soit le même, elles se manifestent sous des formules différentes. On peut ainsi distinguer : 1° des idées hypocondriaques de négation, comme celles que Baillarger a signalées dans la paralysie générale. Elles peuvent intéresser la constitution physique ou la sphère intellectuelle et affective (négation des organes, des facultés, des sentiments); 2° puis il y a des idées de négation extériorisées, s'adressant au monde extérieur; 3° et enfin des idées de négation d'ordre psychique et d'ordre métaphysique. Les malades nient leur personnalité physique et psychique, ils nient l'âme, Dieu, le diable, etc... A côté de ces idées de négation, on doit en placer d'autres qui ont avec elles une analogie véritable comme les idées d'énormité, d'immortalité, de possession, de damnation. C'est précisément cette combinaison fréquente d'idées hypocondriaques, de négation, de damnation, d'immortalité qui fut le point de départ des recherches de Cotard.

Quel est le processus physiologique aboutissant au délire des négations? M. Séglas regarde ces idées comme des idées délirantes secondaires, dépendant de l'altération de la personnalité survenue par le fait de modifications de sa base organique et de la sphère affective et motrice de la vie psychique. A propos de la paralysie générale, M. Luys a donné une théorie à peu près semblable.

Les exemples que Cotard a donnés à l'appui de ses idées sont parfaits d'analyse psychologique : mais les conclusions sont, dit M. Camuset, trop absolues. Il a trop généralisé, le délire des négations n'est pas une entité. Les idées de négation ne sont pas rares, mais le type délirant de Cotard avec ses symptômes complets et l'ordre de succession de ces derniers s'observe rarement. A l'appui de cette manière de voir, M. Camuset rapporte très succinctement 28 observations de malades ayant présenté des idées de négation : si quelques-uns se rapprochent ou se confondent avec ceux de Cotard, d'autres en diffèrent par différents points. Le rapport se résume dans les conclusions suivantes :

1° D'une façon générale, et quelle que soit la forme ou l'intensité de leur affection, les mélancoliques sont négateurs. Il n'en est pas de même des persécutés; 2° les idées délirantes de négation, isolées ou plus ou moins systématisées, se manifestent souvent dans le cours de la mélancolie avec anxiété et gémissements; 3° dans certains cas de mélancolie avec grande anxiété, on observe parfois cette association d'idées de négation, de damnation ou de

possession et d'immortalité, si bien étudiée par Cotard, mais il ne semble pas que ces cas aient des caractères assez spécifiques toujours, pour qu'il soit légitime de les réunir en une espèce nosologique nouvelle; 4° dans les états mélancoliques, les idées de négation indiquent un trouble plus profond que celui accusé par les idées de ruine, d'impuissance et de culpabilité ordinaires; mais quand ces idées de négation se manifestent, il ne semble pas que le pronostic de l'affection en soit beaucoup aggravé. Le pronostic dépend avant tout de l'espèce nosologique sur laquelle se sont entées les idées délirantes spéciales. C'est ainsi que les vésanies de forme intermittente, avec idées de négation, ne guérissent pas, alors que certains accès de mélancolie avec angoisse, culpabilité imaginaire, idées de damnation, de possession, de négation, d'immortalité et de suicide, survenus à l'époque de la ménopause, parfois à l'époque moyenne de la vie et sous l'influence d'une cause vulgaire, sont assez souvent curables; 5° il est à remarquer que la grande majorité des observations recueillies jusqu'à présent ont trait à des femmes, la mélancolie est du reste plus fréquente chez la femme que chez l'homme; il est aussi à remarquer que dans presque toutes les observations que nous avons pu réunir, quand les antécédents de famille des malades sont connus, la tare héréditaire de ceux-ci est lourde; 7° dans les folies séniles, de forme dépressive, on note assez souvent des idées de négation isolées ou systématiques; 8° les sujets destinés à devenir négateurs sont naturellement timides, sombres, taciturnes, quelquefois ils présentent des syndrômes épisodiques de la dégénérescence intellectuelle. Cette proposition ajoutée aux deux propositions qui précèdent semble indiquer que le délire des négations est l'apanage des cerveaux invalides; 9° on observe les idées de négation dans les états mélancoliques anxieux. Ils se combinent alors à des idées de damnation, de possession ou d'immortalité, et il en résulte un tabeau clinique particulier : mais bien souvent cette combinaison délirante est incomplète ou manque complètement, les malades ne se croient ni possédés ni immortels. On les observe aussi dans la paralysie générale; nous ne les avons jamais vus dans cette affection s'accompagner d'idées d'immortalité ni de possession. On les rencontre enfin dans certains délires hypochondriaques sans anxiété ni angoisse des débiles intellectuels. Nous avons déjà signalé leur manifestation dans la folie sénile et démentielle; 10° le délire hypochondriaque de la paralysie générale, quand il se prolonge, imprime une rapidité plus grande à la marche de cette affection.

M. Régis (de Bordeaux). — L'histoire du délire des négations tient tout entière dans quatre travaux de Cotard, corroborés par M. Séglas. De l'ensemble de ces travaux se dégagent très nettement certaines données qui peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

1° Il existe un état psychopathique essentiellement caractérisé par de l'anxiété mélancolique; de l'analgésie; de la propension au suicide et aux mutilations volontaires; des idées hypochondriaques de non-existence et de destruction d'organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu; des idées de damnation et de possession; des idées de ne pouvoir jamais mourir; état de chronicité spécial à certaines formes graves de mélancolie anxieuse, intermittente ou par accès. Cet état psychopathique, appelé par Cotard *délire des négations*, du nom d'un de ses éléments principaux, n'a pas été considéré par lui comme une entité morbide, mais, suivant son expression, « comme un état psychique propre aux anxieux chroniques ».

2° En dehors de ces variétés de mélancolie anxieuse grave où il se présente sous une forme simple, concrète et pour ainsi dire typique, le délire des négations peut, comme l'a fait remarquer Cotard, s'observer encore dans d'autres maladies mentales, notamment dans la paralysie générale, l'hystérie et certaines aliénations complexes, tenant à la fois du délire de persécution et de la mélancolie. Mais, ici, il se limite le plus souvent à quelques-uns de ses phénomènes constitutifs, particulièrement aux idées hypochondriaques de non-existence ou de destruction générale ou partielle de l'individu.

C'est en ces termes que peut être résumée l'œuvre de Cotard. Il ne semble pas, dans ces conditions, que cette œuvre ait subi une atteinte sérieuse de la remarquable étude critique de M. Camuset, et tout ce qu'on pourrait dire, en se basant sur l'ensemble des documents rassemblés dans son rapport, c'est que l'idée hypochondriaque de négation, comme toutes les idées délirantes, quelles qu'elles soient, se rencontre plus ou moins fréquemment à titre de symptôme dans un grand nombre de maladies mentales diverses, tandis que sous sa forme typique, c'est-à-dire jointe aux autres éléments du syndrome et compliquant la mélancolie anxieuse chronique, elle paraît beaucoup plus rare.

Rare ou non, et elle l'est peut-être moins qu'il ne nous paraît, la mélancolie anxieuse chronique avec délire des négations n'en existe pas moins d'une façon certaine. Les observations de Cotard et celles de M. Séglas ne peuvent laisser aucun doute à cet égard et d'autres viendront certainement les confirmer. En voici une absolument typique.

M. Régis communique ici une observation de mélancolie anxieuse intermittente, avec délire des négations, qui réalise de la façon la plus complète la description donnée par Cotard. On y retrouve, en effet, tous les symptômes indiqués par lui comme appartenant à cet état psychopathique :

1° Anxiété mélancolique; 2° idées de damnation et de possession (la malade croit qu'elle est le diable ou quelque chose du

diable); 3° propension au suicide et aux mutilations volontaires; 4° analgésie; 5° idées hypochondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, du corps tout entier, de l'âme, de Dieu (la malade dit qu'elle n'a ni yeux, ni tête, ni cheveux, ni langue, ni cœur, ni aucun organe; elle est en pierre, en matière inerte, une statue, espèce de chose ou de saleté); 6° idée fixe de ne pouvoir jamais mourir (la malade croit qu'étant en pierre, en matière inerte, elle ne mourra jamais, ce qui la désole et fait son malheur).

M. J. Séglas (de Paris). — On ne peut qu'applaudir à la réserve prudente qu'a observée M. Camuset dans son rapport, car la question du délire des négations est toujours à l'étude et ne peut être résolue dans un sens ou dans l'autre d'une façon péremptoire.

Le principal reproche fait à Cotard est de s'être montré trop généralisateur; le délire des négations n'est pas une entité et, à côté de cas représentant l'évolution typique de Cotard, M. Camuset montre qu'il en est d'autres dont le tableau clinique est différent. Sans aucun doute; mais est-ce une raison suffisante pour y voir une contradiction aux idées de Cotard. Ces cas différents ne seraient-ils pas seulement de simples variations du type décrit par lui. Le délire des négations représente aujourd'hui ce qu'était le délire des persécutions du temps de Lasègue, et des recherches ultérieures nous ont permis de distinguer des variétés parm les délires de persécution qu'il avait décrits en bloc; et la distinction de ces variétés a fait disparaître les contradictions et les lacunes de son premier travail. Il importe donc d'établir un groupement parmi les négateurs, une fois qu'on a reconnu qu'il existe bien des cas correspondant à la description de Cotard. Tout d'abord, il peut s'agir de simples idées de négation ou d'un délire négatif plus ou moins systématisé.

1° *Idées de négation.* — Elles se rencontrent surtout sous le délire hypochondriaque de la *paralysie générale*, signalé par Baillarger. Elles ne sont pas pathognomoniques comme il le croyait; mais dans ce cas elles revêtent toujours les caractères diagnostics d'absurdité, de mobilité, de diffusion, de contradiction propres aux délires paralytiques. De plus, ce délire spécial débute alors soudainement et l'indifférence des malades contraste avec leurs idées hypochondriaques.

Ces mêmes caractères peuvent aussi s'appliquer aux idées de négations que l'on rencontre dans les *délires polymorphes des faibles d'esprit*, ainsi que le prouve une observation que lit M. Séglas. Aussi, pour trancher le diagnostic, les signes pathognomoniques habituels de la paralysie générale peuvent-ils être nécessaires.

Les idées de négation se rencontrent aussi chez les *séniles* et

dans plusieurs circonstances; tantôt en rapport avec la démence sénile simple, résultat d'amnésies portant le malade à nier ce dont il ne se souvient plus ; tantôt en rapport avec des phénomènes démentiels résultant de lésions localisées; tantôt faisant partie de la symptomatologie d'un accès vésanique à début tardif; elles peuvent en ce dernier cas se systématiser et l'on rentre alors dans les formes habituelles aux individus plus jeunes. Enfin, les idées de négation ont été signalées aussi dans l'*alcoolisme*.

2° *Délires des négations systématisés*. — Il ne s'agit plus ici d'épisodes, mais de systèmes délirants : la plupart du temps on a affaire à des psychoses, et le plus fréquemment à la *mélancolie*.

A. — Les idées de négation ne sont pas rares chez les mélancoliques, mais ces mélancoliques négateurs doivent-ils former une classe à part? M. Camuset pense que non, car tous ne présentent pas la symptomatologie et l'évolution typique des malades de Cotard. Mais vraiment s'ensuit-il qu'ils doivent forcément infirmer les premiers et dans toutes les maladies n'existe-t-il pas des cas frustes à côté des typiques? D'ailleurs les différences de symptomatologie se réduisant surtout à l'absence, tantôt des idées de damnation, ou de possession ou d'immortalité ont-elles l'importance que semble leur attribuer notre rapporteur. Cotard ne paraît pas les avoir regardées l'une ou l'autre comme nécessaires : certains de ses malades ne les présentaient pas. Dans son principal travail sur le délire des négations, il s'attache avant tout à montrer la gradation qui mène de l'hypochondrie morale au délire des négations en passant par tous les délires mélancoliques; il insiste sur le grand caractère d'*auto-accusation* de ces délires, mais ne met nullement en relief les idées de damnation. En fait cette idée, simple interprétation donnée par le malade de troubles psychopathiques plus profonds, n'a pas plus d'importance que l'idée de culpabilité; ce n'est qu'une étiquette différente due au milieu, à l'éducation. De même l'idée de possession n'est pas indispensable et l'on peut même le plus souvent trouver son équivalent. Elle n'est que l'expression d'un dédoublement de la personnalité, de règle chez le mélancolique, mais dont les symptômes plus ou moins accentués peuvent ne pas être interprétés par le malade comme un fait de possession; mais le fonds est le même. Il n'y a qu'une différence de degré entre l'idée de possession formulée et la contradiction intérieure, les « impressions contraires » de certains malades : et de même entre certains symptômes du délire de possession tels que l'impulsion verbale et d'autre part l'hallucination verbale psycho-motrice, très fréquente chez le mélancolique et même la conversation mentale. L'idée d'immortalité de son côté n'est pas plus nécessaire au diagnostic de délire des négations que l'idée de grandeur à celle de délire des persécutions. Elle semble n'être qu'une idée surajoutée, ne fait pas taire les autres idées délirantes,

et comme le délire d'énormité, elle représentait pour Cotard une période très avancée du délire typique.

D'un autre côté, M. Camuset semble considérer comme contradictoires des cas présentant certaines différences d'évolution, telles que l'apparition précoce du délire de négation, sa guérison possible, la venue pêle-mêle des idées délirantes. Ne doit-on pas plutôt chercher à reconnaître là des variétés dont la cause resterait à déterminer, siégeant peut-être dans une intensité plus ou moins grande de la tare héréditaire, ainsi qu'il en arrive chez les persécutés pour lesquelles nous distinguons aujourd'hui certaines variétés différant par l'apparition successive ou simultanée des idées délirantes, par la marche plus ou moins rapide et régulière de l'affection, etc...

B. — Les idées de négation systématisée ne se rencontrent pas que dans la mélancolie. Cotard les avait déjà trouvées à côté d'idées de persécution. En Allemagne, Witkowski a décrit une modalité intermédiaire à la mélancolie vraie et à la *Verrucktheit*, comprenant les gens déprimés en permanence, certains négateurs, sceptiques, damnés, pourris, immortels. Krœpelin décrit une forme qu'il appelle *Wahnsinn depressiver*, où l'on rencontre des idées hypochondriaques, des idées d'auto-accusation, de culpabilité, de négation, d'énormité, de grandeur. Cette forme, produit d'un cerveau peu valide, est distinguée par l'auteur de la mélancolie vraie, à cause de l'absence, au début, de phénomènes émotionnels.

Il existe des cas qui, sans rentrer dans ce cadre, nous montrent le délire des négations systématisé se développant en dehors de la mélancolie avec des caractères tout différents. A l'appui, je citerai le fait d'une malade de la Salpêtrière. Les premiers symptômes consistèrent dans des troubles de la sensibilité générale et viscérale, des hallucinations kinesthétiques ou motrices, mais aucun état mélancolique. Puis sont apparues des idées de possession et de négation; la malade nie tout, elle n'a plus d'organes, plus de pensée, etc... Tout cela est le résultat de la magie faite par des prêtres qui la possèdent, parlant par sa bouche, voyant par ses yeux. Elle ne cesse de se plaindre, de réclamer vivement à haute voix et par écrit, de protester contre sa séquestration, de faire constater l'absence de ses organes, etc.

Les caractères cliniques de ce délire sont tout à fait différents de ceux du délire des négations mélancolique. Il n'est plus secondaire à des troubles émotionnels; au lieu d'être monotone, il est progressif, sans aucun caractère d'humilité; la malade ne s'accuse pas, mais accuse d'autres personnes; elle n'est ni passive, ni résignée, mais proteste et résiste; son délire, de plus, n'envisage jamais l'avenir, mais le passé.

Son délire se rapproche plutôt des délires des persécutés; elle n'a pas cependant des idées véritables de persécution, mais des

idées de possession qui ne sont pas primitives comme les précédentes, mais sont l'interprétation secondaire de désordres hallucinatoires, tout à faits différents de ceux des persécutés, car elle n'a que peu d'hallucinations sensorielles, mais surtout des motrices. Et cela dès le début, alors que chez les persécutés elles ne surviennent en général qu'assez tard. Il en est de même du dédoublement de la personnalité.

Les idées de négation sont rares chez les persécutés ; s'ils se plaignent parfois qu'on détruit leurs organes, qu'on enlève leur pensée, ils ne tardent pas à rentrer en possession de ce qu'on leur a pris. Lorsqu'on rencontre chez eux de véritables idées de négation, on trouve en même temps des phénomènes assez analogues à ceux de l'observation précédente, telles que les hallucinations kinesthétiques. des impulsions de toute espèce, signes d'un dédoublement de la personnalité et très voisins de l'idée de possession. La présence de ces symptômes montre qu'ici, comme chez le mélancolique, le délire des négations est, comme l'avait dit Cotard, d'origine psycho-motrice.

3° Le pronostic ne peut être aujourd'hui fixé d'une manière absolue. Les idées de négation hypochondriaque semblent indiquer un désordre plus profond, car elles sont en rapport avec des modifications de la base organique, première, de la personnalité. Le délire des négations, dans son ensemble, paraît entraîner un pronostic grave, mais cependant il est des cas de guérison. Le pourquoi de cette différence nous échappe encore et le pronostic doit s'inspirer surtout de la détermination de l'espèce nosologique et de la recherche minutieuse de tous les symptômes de l'affection. Il est à remarquer cependant que l'idée de négation semble être l'apanage de cerveaux invalides, soit congénitalement, soit à la suite de désordres psychiques antérieurs. On la rencontre dans les mêmes circonstances que les idées de grandeurs auxquelles elles peuvent être assimilées au point de vue du pronostic. Nous pouvons, de ce qui précède, tirer les conclusions suivantes ;

1° En dehors des idées de négation qu'on rencontre par exemple chez les paralytiques généraux, les faibles d'esprit, les séniles, il y a des délires de négation systématisés. 2° Il existe dans la science un nombre suffisant d'exemples de mélancoliques avec délire de négation systématisé, correspondant au type décrit par Cotard, et qui dès lors doit être conservé. 3° La présence des idées de damnation, de possession, d'immortalité même, n'est pas indispensable pour le diagnostic de ce délire de négation, lorsque l'on peut constater, soit des idées délirantes de même nature mélancolique, soit l'existence de troubles psychiques de même ordre, bien que moins accentués que ceux dont elles sont l'interprétation. 4° Il existe certainement des cas de mélancolie avec délire des négations dont l'aspect clinique et l'évolution diffèrent plus ou

moins du délire typique de Cotard. Mais ces cas n'infirment pas les premiers; ils doivent être considérés comme des cas moins complets, frustes, des variations que des recherches ultérieures préciseront dans leurs symptômes, leur marche, leur étiologie, ainsi qu'il a été fait pour les délires de persécution. 5° Le délire des négations systématisé peut se rencontrer en dehors de la mélancolie, avec des caractères cliniques tout différents. Certains cas sembleraient constituer des formes de passage entre les états mélancoliques et les délires de persécution. 6° Le pronostic du délire des négations ne peut être fixé d'une manière absolue, tant qu'on ne connaîtra pas mieux ses différentes variétés. Tandis que certains négateurs guérissent, d'autres restent incurables. On ne peut que s'inspirer, pour le pronostic, de la détermination de l'espèce nosologique et aussi de tous les détails particuliers relatifs au malade et à la maladie. Toutefois, d'une façon générale, on peut dire que l'idée de négation est toujours le fruit d'un cerveau invalide, soit congénitalement, soit par le fait de désordres psychiques antérieurs.

M. Falret (de Paris). — J'approuve pour ma part les conclusions de M. Séglas. Je crois que Cotard, en signalant le délire des négations, a fait faire un très grand progrès dans l'étude des mélancolies, comme Lasègue en décrivant le délire de persécution. Le délire des négations existe avec une évolution progressive comme le délire de persécution. Il commence par l'hypocondrie morale simple; puis apparaissent les phénomènes d'anxiété avec idées de ruine, culpabilité, indignité, damnation, toutes idées possibles et acceptables. Plus tard apparaissent des idées de négation absurdes, et enfin un délire d'énormité, sorte de délire des grandeurs mélancolique. Bien que peu commun, ce délire des négations devient d'autant plus fréquent qu'on examine mieux les malades à ce point de vue. Il a une évolution naturelle. On doit lui appliquer, les mêmes distinctions que pour le délire des persécutions; car, à côté du délire des négations essentiel, il existe des idées délirantes de négation qu'on rencontre dans diverses formes mentales. Cotard lui-même a posé cette distinction et n'a nullement voulu faire une entité de tous les délires de négation.

Pour le pronostic, le délire de négation est un signe de chronicité, mais non d'incurabilité absolue. Ce sont les formes intermittentes qui semblent pouvoir guérir plutôt que les autres.

M. Pichenot (d'Auxerre) rapporte une observation d'un cas de mélancolie anxieuse avec délire des négations et altérations de la personnalité, et accepte les idées de Cotard.

M. Carrier (de Lyon). — Depuis longtemps mon attention est attirée sur les faits signalés par Cotard et M. Séglas, et je considère leur appréciation comme absolument légitime et conforme à la

vérité clinique. Parmi les mélancolies il est des formes anxieuses, communes, curables, et d'autres présentant le tableau clinique de Cotard, graves, incurables en général, se terminant souvent par un état de marasme dans lequel meurt le malade. J'ai observé en 1883 quatre cas de ce genre. Un fait que j'ai aussi remarqué, c'est que tandis que les mélancoliques anxieux ordinaires sont le plus souvent guéris par le traitement opiacé à doses progressives, les mélancoliques hypochondriaques négateurs ne sont nullement impressionnés par ce mode de traitement. Ces deux genres de maladies se distinguent donc par bien des côtés, par l'expression symptomatique, par l'évolution et par la différence d'action d'un même traitement. Est-ce assez pour confirmer qu'il s'agit là de deux maladies distinctes? Je crois plutôt que le délire des négations constitue une phase plus avancée de la mélancolie. Dans tous les cas, cliniquement, on ne saurait les confondre et pratiquement on doit se comporter différemment dans l'un et l'autre cas.

M. Charpentier (de Bicêtre). — Depuis dix ans j'ai vu un assez grand nombre de malades qui avaient des idées de négation, mais je n'en ai pas rencontré un seul qui répondit au type créé par Cotard. Je crois que cet auteur a surtout été séduit par le mot et qu'il a voulu opposer le délire des négations au délire des persécutions.

Pour moi, les faits décrits par Cotard relèvent de l'hypochondrie, de la mélancolie anxieuse et du délire des persécutions, c'est-à-dire de maladies depuis longtemps connues, de telle sorte que dans la conception de Cotard, il n'y aurait de nouveau que le mot qu'il lui a consacré.

M. Vallon (de Paris). — Comme M. Régis, et contrairement à M. Camuset, je ne crois pas que Cotard ait eu l'intention d'ériger le délire des négations en entité morbide distincte, le regardant seulement comme une phase de l'évolution des mélancolies chroniques. D'après ce que j'ai pu observer, cette phase est précédée d'une autre période qui n'a pas été assez mise en lumière, période de doute ou de *délire d'interrogation*, pendant laquelle, avant de nier l'existence de quelqu'un, de quelque chose, le malade se pose des interrogations à ce propos, pour aboutir ensuite à la négation confirmée. Entre ces deux périodes il y a une phase ou interrogation et négation se confondent. Chez une malade que j'ai observée la négation portait sur sa propre existence et celle des personnes présentes, et elle n'émettait de doutes que sur l'existence des personnes absentes.

M. Ritti (de Paris). — Cette phase d'interrogation ressemble assez à ce que Lasègue appelait la mélancolie perplexe.

M. P. Garnier (de Paris) n'a par trouvé dans sa pratique de cas

confirmant les vues de Cotard, l'existence d'une forme évolutive analogue à ce qu'on voit chez certains persécutés. Il y a des idées de négation et très fréquentes chez les mélancoliques, affirmation de leur état d'angoisse morale, mais elles ne constituent qu'un syndrome et non un état nosologique spécial. Je ne peux voir dans leur apparition une période nouvelle s'étageant sur d'autres antérieures et marquant la chronicité, car souvent on la signale de très bonne heure.

M. Gilbert-Ballet (de Paris). — La question actuelle ne peut se résoudre théoriquement, mais par des faits. Peu importe de savoir si Cotard a voulu établir, oui ou non, une entité irréductible. Les faits qu'il a cités sont-ils assez caractéristiques pour justifier sa description ? Sans aucun doute, et je suis aussi surpris de le voir contester aujourd'hui par Garnier, que je l'ai été de voir contester jadis l'existence de cette forme systématique et progressive du délire des persécutions dont M. Garnier se montrait le défenseur convaincu. D'un autre côté, je suis d'accord avec M. Garnier pour reconnaître que l'apparition des idées peut être précoce. C'est ainsi que l'une de mes malades fut prise, en décembre 1891, de délire mélancolique vulgaire avec idées de ruine, craintes de supplices, en février survint une période de calme qui ne dura guère que quinze jours, au bout desquels réapparurent les mêmes idées mélancoliques du début, mais de plus des idées de négation typiques qui survinrent au bout de deux mois au plus de maladie. Si donc il y a des faits où le délire des négations succède à une longue période de mélancolie anxieuse, il en est d'autres où il survient plus rapidement. Mais ces cas, quoique de marche différente, ne sont nullement contradictoires des précédents.

M. Rouby (de Dôle). — Mes observations personnelles me portent à considérer le délire des négations comme le résultat de troubles hallucinatoires qui doivent être rattachés à une altération du grand sympathique.

M. Régis. — Cotard lui-même, ainsi que M. Séglas et moi l'avons fait remarquer tout à l'heure, avait signalé la précocité possible des idées de négation chez les anxieux. Si le type qu'il décrit est nié, ce n'est guère que par ceux qui n'en ont pas vu d'exemples.

M. Vallon. — Les variations d'évolution qu'on observe chez les négateurs ne sont peut-être, ainsi que le disait tout à l'heure M. Séglas, qu'une question de terrain, une plus grande prédisposition amenant une apparition plus rapide des idées de négation ainsi qu'il en est pour les idées de grandeur chez les persécutés.

La séance est levée.

Séance du 2 août (matin). — PRÉSIDENCE DE M. TH. ROUSSEL.

DEUXIÈME QUESTION : *Du secret médical en médecine mentale.*

M. L. THIVET (de Blois), rapporteur. — En médecine mentale comme en médecine générale, ou le secret médical est absolu et général dans tous les cas, ou il est relatif et livré à l'appréciation de celui qui en est le dépositaire. C'est là que réside tout le débat, car le principe en lui-même n'est pas discutable. Le plus simple pour aborder cette étude est de choisir un certain nombre de cas.

C'est ainsi qu'une question qui se présente le plus fréquemment et sous des formes les plus diverses au médecin aliéniste est celle du mariage des aliénés ou de leur descendance. L'aliéné mis en cause peut être franchement guéri ou dans une intermittence, ou simplement en rémission mais incurable. Le secret doit-il être absolu ou relatif? Pour M. Brouardel, le secret est toujours inviolable, la famille même vous eût-elle donné par écrit la liberté de parler, car une vérité relative ne peut que tromper la personne qui nous interroge et la vérité absolue va souvent au delà de ce que la famille a cru autoriser à dire. Pour d'autres auteurs, le secret ne peut être absolu, l'intérêt de la race humaine devant primer celui de l'individu. Dans quelles limites alors sera-t-il relatif?

D'autres fois, les deux conjoints étant parfaitement sains, ce sera sur les ascendants, soupçonnés de folie, que des questions seront posées. C'est la même question sous une autre forme. Le médecin qui a eu à traiter les ascendants internés doit-il se taire toujours, alors que son silence peut susciter l'idée d'un état plus grave que la réalité, ou celle d'une séquestration arbitraire. Pour Casimir Pinel, le médecin ne doit pas être le servile observateur d'une discrétion systématique, mais il doit même aller au-devant du péril dans l'espoir, peut-être chimérique, que la folie deviendra plus rare et la détérioration de l'espèce moins rapide. Les conseils bien que dictés par des sentiments supérieurs d'humanité, sont-ils réellement applicables et en tout cas ne sortirions-nous pas de notre rôle en nous constituant ainsi et d'emblée gardiens vigilants de la santé intellectuelle au sein des familles qui ne nous ont rien demandé.

Une question que nous devons prévoir est celle du secret absolu ou relatif vis-à-vis d'un des conjoints, alors que nos déclarations peuvent permettre à celui qui administre les biens de l'aliéné de surveiller d'autres intérêts que ceux qui lui sont confiés, de prendre des déterminations que serait loin de ratifier le malade s'il revenait à la santé.

Récemment un médecin de maison de santé encourut une con-

damnation pour avoir publié une observation en taisant le nom de la malade, reconnaissable cependant aux détails donnés sur son histoire pathologique. Or la plupart des observations cliniques, pour être complètes, utiles, comportent la relation de tous ces détails. Renoncer à la recherche de tous ces éléments d'étude et à leur publication, ce serait à coup sûr arrêter ou tout au moins entraver singulièrement les progrès de la psychiâtrie. La doctrine de Pinel établissant une différence entre le secret dû aux malades internés dans une maison de santé privée ou dans un asile, n'est évidemment pas soutenable. Quelle sera donc la méthode à suivre dans la rédaction des observations médicales pour sauvegarder à la fois les intérêts moraux du malade et l'intérêt scientifique qui s'attache à la recherche des documents les plus complets?

Enfin, il serait urgent aussi de fixer les limites dans lesquelles, tout en respectant la doctrine du secret médical, nous pouvons donner satisfaction à la curiosité des représentants de la presse, renseignés d'ailleurs souvent par des intermédiaires leur communiquant nos rapports circonstanciés adressés à l'administration, ou transportant dans le public des journaux des observations, des faits de leçons cliniques destinées au seul public médical.

M. Rouby. — Il n'est pas question ici d'attaquer l'article 378 relatif au secret médical; nous ne nous en plaignons pas et nous ne demandons pas qu'il soit effacé du Code. En ce qui concerne son application en médecine mentale, je voudrais seulement demander s'il a raison d'être appliqué et dans quelles mesures dans deux circonstances : 1° lorsque vous êtes accusé publiquement par le malade de séquestration arbitraire et que vous parlez pour vous défendre; 2° lorsque les faits que vous relevez ont une telle notoriété que le secret n'existe plus et que vos paroles ou vos écrits n'apprennent plus rien à personne. Dans le premier cas, l'article de loi relatif au secret professionnel n'est pas applicable ou plutôt ne devrait pas être appliqué, car nous sommes en fait en droit de légitime défense : des faits nombreux, tels que celui du baron Seillière, le démontrent pleinement. En l'absence d'un article 321 qui excuse les blessures et les coups s'ils ont été provoqués, il semble que les tribunaux devraient excuser dans une large mesure des faits analogues dans l'ordre moral. Dans le second cas, il devrait y avoir des gradations dans l'application de la loi, suivant que le fait est connu de tous, de quelques-uns ou du médecin seul.

M. V. Parant (de Toulouse) pense que, pour le médecin aliéniste, par suite des mesures légales exigeant la production et la consignation sur divers registres des certificats médicaux, le secret médical n'existe plus. Ce sera pis encore avec la loi nouvelle qui, au lieu d'un simple certificat, exige un rapport détaillé. Cepen-

dant, bien que le secret médical n'existe pas pour l'aliéniste, il est tenu cependant à se conduire comme s'il existait.

M. GIRAUD (de Rouen) présente quelques observations au rapport présenté au Congrès, qu'il résume dans les conclusions suivantes : le médecin n'a pas de secret à observer vis-à-vis des personnes désignées par l'article 4 de la loi de 1838. Il peut toujours et doit souvent dire toute la vérité aux personnes qui ont placé le malade. En dehors de ces cas, le secret médical doit être absolu. Le certificat des causes de décès doit être refusé aux Compagnies d'assurances qui le réclament. Le parquet de Rouen a été d'avis que le directeur-médecin ne peut pas se dispenser de donner à l'état-civil le nom de la mère, en cas d'accouchement d'une aliénée, même s'il s'agit d'une fille mère.

M. VALLON. — Un côté intéressant du secret professionnel est celui qui a trait à la correspondance des aliénés. Faut-il faire parvenir indistinctement à leur adresse toutes les lettres écrites par les malades? Cela peut avoir des inconvénients pour le malade et le médecin, car le malade divulgue, sans s'en rendre compte, son état d'aliénation par ses écrits et peut, une fois guéri, s'en prendre au médecin qui n'a pas exercé suffisamment la tutelle dont il était chargé.

M. DOUTREBENTE. — Pour les observations, on ne doit noter que les détails absolument nécessaires au point de vue scientifique. Les certificats ne doivent être communiqués qu'aux personnes prévues par l'article IV de la loi.

M. CHARPENTIER. — Il ne faut pas grossir outre mesure cette question du secret professionnel. Le secret médical n'est, du reste, qu'une variété du secret en général qui, lui, n'est qu'une forme du devoir. Il n'y a vraiment que deux cas dans lesquels la violation du secret professionnel puisse avoir des conséquences graves : c'est quand elle est déterminée par un intérêt personnel ou faite dans l'intention de nuire. En dehors de ces deux circonstances, la violation du secret ne saurait guère être incriminée; elle est du reste monnaie courante, et loin de restreindre les cas où il est permis de violer le secret professionnel, je serais plutôt désireux de les étendre. Je crois, en effet, que le médecin aliéniste devrait être autorisé à signaler aux autorités les cas de folie dangereuse dont il peut avoir connaissance dans l'exercice de sa profession, tout comme le médecin ordinaire à l'égard des cas de maladie contagieuse.

M. RÉGIS. — En matière de secret médical, on ne peut pas codifier, mais poser seulement des indications générales. J'ai consacré à ce point un chapitre de la seconde édition de mon *Manuel des maladies mentales*. J'ai examiné là la conduite à tenir lorsqu'on

est consulté sur les chances d'hérédité de la famille, à propos de mariage d'aliénés. Lorsqu'on est consulté par les intéressés, la famille, il n'y a pas de secret médical; si c'est par des étrangers, il faut se munir d'une autorisation écrite de la famille avant de parler. Il en est de même lorsqu'on vous demande des renseignements sur des malades internés dans votre établissement. En ce qui concerne la correspondance des malades, on doit envoyer les lettres, à moins qu'elles ne soient insignifiantes, aux personnes prévues par la loi, et à elles seules. Pour le reste de la correspondance, on doit préalablement s'entendre avec les parents du malade sur le nom des destinataires qu'elle autorise.

M. P. Garnier. — Il est mauvais que le médecin se fasse lui-même appréciateur des conditions où il doit parler; et le secret médical doit être absolu dans toutes les circonstances où la loi l'y oblige. A propos des observations, on peut ainsi résumer les obligations du médecin. Scientifiquement, le fait doit être individualisé, mais, socialement, il faut tout faire pour lui donner un caractère impersonnel. Quant aux divulgations de la presse, il y a une différence sensible entre elles et les affirmations d'un homme de l'art.

M. Thivet demande à M. Régis ce qu'il entend par la famille du malade.

M. Régis. — Les seuls parents immédiats.

M. Auguste Voisin (de Paris) se déclare partisan du secret médical absolu. S'il s'agit d'un mariage, il faut cependant s'arranger pour en faire comprendre les dangers, s'il y a de l'hérédité. Dans ces cas, je cherche à provoquer une consultation, deux s'il le faut, avec le médecin ordinaire de la famille, dans l'esprit de qui cette démarche sème le doute et sauve la situation. Dans les observations, on doit dénaturer les noms, les prénoms... pour respecter le secret médical. Ce ne sont jamais les médecins, mais des membres de famille en désaccord avec les autres qui divulgent l'état du malade. Il serait nécessaire que les pouvoirs publics provoquassent des enquêtes dans ces cas pour établir les responsabilités et poursuivre, au besoin, les journalistes indiscrets.

M. Riu (d'Orléans), lorsqu'il arrive qu'une malade accouche dans l'asile et qu'il se trouve obligé de déclarer la naissance, déclare les père et mère inconnus.

Mardi 2 *août* (soir). — Présidence de M. Th. Roussel.

Troisième question : *Les colonies d'aliénés.*

M. Riu, rapporteur, après avoir rappelé le vœu exprimé par le Congrès de 1889 sur la création de colonies agricoles à proximité et non distinctes des asiles, vœu émis à la suite des communications

de MM. Baume et Taguet, présente quelques brèves considérations sur les avantages de ces créations au point de vue du bien-être même de l'aliéné soumis à une vie active et régulière, et de l'extension de l'assistance à un plus grand nombre d'individus par suite des bénéfices produits par le travail des malades venant alléger le poids des charges départementales. Il conclut en proposant de voter les deux conclusions suivantes : 1° établissement des colonies agricoles annexes aux asiles toutes les fois que ce sera possible; — 2° adoption du système d'*asiles médico-agricoles* composés d'un asile au centre et de fermes agricoles à la périphérie, partout où les circonstances le permettront, lorsqu'il y aura lieu de créer un nouvel asile.

M. Féré (de Paris). — La tradition enseigne qu'en France le patronage familial des aliénés et la colonisation ne peuvent pas être pratiqués dans les mêmes conditions que dans les pays voisins. J'ai déjà relevé cette erreur. Un des reproches qui ont été faits à l'assistance dans les familles repose sur la mortalité relative. Dans la statistique relative à Liernieux, et figurant dans les compte rendus du Congrès de 1889, il s'est glissé des erreurs rendant la statistique plus défavorable qu'elle ne l'est en réalité.

M. Pichenot (d'Auxerre) estime que, si l'asile est situé à la campagne, la colonie doit être annexée; s'il touche à une ville, la colonie doit être éloignée.

M. Christian (de Paris). — Nous sommes tous d'accord pour reconnaître l'utilité du travail agricole pour la santé des malades, la discipline, l'économie. Mais il existe dans les asiles; ce qui provoque la demande de création de colonies agricoles, c'est l'encombrement. Mais cet encombrement n'existe guère qu'à Paris, dont la population ne fait que s'accroître. Dans les départements, le chiffre est forcément limité et le serait encore plus si chaque département avait son asile. Si, dans les asiles, l'encombrement résulte de la présence d'aliénés chroniques, déments, imbéciles, idiots, ce sont aussi eux qui sont les travailleurs. Si on les retire de l'asile pour les placer dans les colonies distinctes, que restera-t-il dans les asiles? les terrains resteront incultes et l'on aura à dépenser pour établir les colonies. Aussi, je demanderais qu'on votât qu'à côté des asiles on ne vienne pas créer des colonies annexes, mais que le travail agricole soit seulement développé dans le plus grand nombre d'asiles possible. Je voudrais aussi avec M. Bourneville que nos asiles ressemblent de plus en plus à un hôpital; mais ce n'est guère là, je le sais, qu'une utopie, car il faudrait supprimer la législation qui fait de l'aliéné un être à part.

M. Bourneville. — La question qui préoccupe à un haut degré les médecins aliénistes, les conseillers généraux et les administrateurs, c'est assurément celle de l'encombrement des asiles. Parmi

les moyens qui peuvent y rémédier, nous signalons les suivants sur lesquels nous avons insisté tant de fois :

1° L'*admission précoce* des malades, c'est-à-dire le plus près possible du début, ce qui donnerait plus de guérisons et moins d'incurables. Les préfets nuisent aux finances départementales et aux malades en ne secondant pas les médecins, unanimes sur ce point;

2° L'organisation de *Sociétés de patronage* dans tous les départements, ce qui éviterait assurément un certain nombre de rechutes et permettrait de maintenir dans les familles un nombre plus ou moins grand de malades;

3° Le *patronage familial direct*, c'est-à-dire l'assistance des aliénés dans leurs propres familles avec un secours mensuel de 15, 20, 25 ou 30 francs, suivant les ressources de la famille et l'état mental du malade;

4° Les *colonies agricoles* ou mieux le travail horticole et agricole, donnant aux malades la vie au grand air, avec toute la liberté compatible avec la sécurité publique;

5° Le *patronage familial indirect*, c'est-à-dire l'assistance dans des familles étrangères aux malades, à l'imitation de ce qui se fait à Gheel et à Lierneux, en Belgique. C'est ce que le conseil général de la Seine a décidé de faire à Dun-sur-Auron (Cher), sur la proposition de M. Deschamps.

L'annexion de fermes ou, si l'on veut, de terrains donnant aux malades du travail horticole et agricole paraît avoir été réalisée pour la première fois par Ferrus. En effet, il avait fait annexer à Bicêtre la ferme de Sainte-Anne où s'élève aujourd'hui l'Asile Clinique. Des malades y habitaient; d'autres y étaient envoyés chaque jour de Bicêtre.

A Bicêtre même, il y avait une vacherie qui donnait de l'occupation aux malades. Elle a été supprimée à peu près complètement, bien à tort, par M. Brelet, secrétaire général de l'Assistance publique.

Auzouy, parlant de l'application des aliénés aux travaux agricoles, l'appelle la « réforme de Ferrus ». Renaudin[1] a nettement résumé notre opinion commune sur ce point : « La création d'une ferme dans un asile, dit-il, est aujourd'hui un principe passé à l'état d'axiome. C'est une conquête définitivement acquise... Tout asile bien organisé doit donc tendre à arrondir son territoire, de manière à utiliser toutes les forces disponibles. C'est là qu'Esquirol plaçait la véritable économie, consistant plutôt dans l'emploi judicieux de toutes les ressources que dans le retranchement arbitraire de quelques centimes dans le prix de journée. »

Des essais d'annexion de fermes aux asiles ont été tentés à Vaucluse et à Ville Évrard. Ils ont été mal conduits et ont échoué.

[1] *Commentaires médico-adm. sur les asiles d'aliénés*, p. 301.

On est en train d'y revenir. Nous avons réclamé l'achat d'un nouveau terrain à l'asile de Villejuif. A Bicêtre, on a diminué le domaine; cependant, en dehors des murs de l'hospice (18 hectares), il y a encore 7 hectares de terrain qui pourraient être utilisés et affectés au travail des malades, au lieu d'être ensemencés de céréales et de plantes fourragères.

Pour toutes ces raisons, nous voterons le principe des conclusions du rapport de M. le Dr Riu, parce que ces colonies ou ces fermes annexées aux asiles, placées sous la direction des médecins en chef, procurent aux malades des occupations salutaires et qu'elles leur donnent bien-être et liberté.

La communication de M. Féré nous amène à parler de l'essai qui va être tenté par le département de la Seine et le conseil général à Dun-sur-Auron (Cher). En principe, nous sommes partisan de toutes les réformes, on le sait du reste; cependant, nous avons quelques remarques à présenter au sujet de la future colonie dont M. Deschamps a été le promoteur.

M. Deschamps s'appuie sur ce qui se fait à Gheel en Belgique et en Ecosse. Relativement à ce dernier pays, il emprunte certains renseignements au rapport du médecin inspecteur Fraser. Voici quelques-uns de ces passages :

« Les avantages qui résultent du transfèrement dans des ménages privés des aliénés tout d'abord traités à l'asile sont :

« 1° La restitution d'un domicile et d'un entourage habituels;

« 2° Une augmentation proportionnelle de contentement (en même temps qu'une diminution de prix coûtant);

« 3° Un bien-être matériel inhérent à la maison privée;

« 4° Une modification heureuse de l'état mental. . . . . .

« Une amélioration de l'état mental se produit pour la plupart des cas envoyés de l'asile en famille. Ce changement peut être attribué à l'influence inhibitoire du milieu ambiant, une fois que le malade est soumis à des soins particuliers. La société de personnes saines, l'exemple des nourriciers, la présence des enfants et différentes autres choses, tout, de près ou de loin, influe sur son caractère. »

Il semble résulter de ces passages que les placements se font au moins en partie pour des aliénés qui sont curables. M. Deschamps nous semble donc s'être trompé en écrivant qu' : « En Ecosse, au contraire, le placement familial n'est appliqué qu'à des incurables soigneusement chosis parmi les aliénés traités dans les asiles; l'existence d'un centre médical devient alors superflue, les malades peuvent être disséminés sans inconvénients et, en fait, ils sont répartis dans toute la province, sous la garantie d'inspections périodiques. »

Voici comment M. Deschamps expose le but poursuivi par le Conseil général : « Les asiles de la Seine renferment, en effet, à

côté des aliénés dangereux pour eux-mêmes, pour les autres ou pour l'ordre public, des malades tels que les séniles qui y sont gardés uniquement parce qu'il n'est pas possible de les laisser dans la rue, livrés à eux-mêmes, sans famille, sans ressources d'aucune sorte, matérielles ou morales.

« Sur le désir de la 3e commission, l'administration a fait dresser l'an dernier, à cette époque, un état numérique des aliénés à qui il suffirait d'un patronage pour pouvoir vivre en liberté.

« De ce travail il résulte que 653 déments, séniles, imbéciles ou idiots, seraient avantageusement hospitalisés, soit dans des asiles de vieillards, soit chez des particuliers. Depuis le nombre s'en est encore accru, ainsi que nous avons pu le constater au cours de notre dernière visite annuelle. On aura une idée de l'importance du nombre de ces malades par ce court extrait du dernier rapport du docteur Magnan, médecin en chef du service de l'Admission :

« Les déments de cause organique et les séniles sont au nombre de 766 : 385 hommes et 381 femmes, le cinquième environ des entrées. La plupart de ces malades qui, dans les petites localités, à la campagne, pourraient, sans danger, vivre en liberté, sont *dangereux à Paris et dans les grandes villes, pour eux-mêmes et pour les autres, par les actes inconscients qu'ils commettent journellement.* Ces infirmes de l'intelligence ne sont point des aliénés, etc. ».

D'où il suit que les catégories de malades qu'on veut placer à Dun sont des séniles, des déments, des idiots et des imbéciles. Sauf les *séniles*, dont il faudrait faire le *portrait clinique* et qui ne devraient pas être admis un instant dans les asiles s'ils ne sont pas aliénés, les autres sont des *aliénés*. Ils sont réputés incurables.

Parmi les raisons à l'appui de sa proposition, M. Deschamps invoque les suivantes : « L'insuffisance des hôpitaux et hospices actuels, la désinvolture avec laquelle les médecins des établissements existants se débarrassent sur les asiles des malades gênants, les résistances de la préfecture de police à recevoir des séniles à la maison de Nanterre, dès qu'ils sont impotents ou malpropres, sont les causes de cette augmentation progressive que nous sommes décidés à enrayer par une interdiction formelle au chef de l'Admission de ne recevoir désormais aucune personne non aliénée, au sens légal du mot. Mais cela, c'est l'avenir. »

L'accusation portée contre les médecins des hôpitaux ne nous paraît pas justifiée. En effet, en 1890, les hôpitaux n'ont envoyé dans les asiles que 262 aliénés appartenant à toutes les formes de l'aliénation mentale et, par conséquent, le nombre des séniles est de minime importance par rapport au chiffre total des admissions, qui a été durant la même année de 4.461. Ces chiffres ont leur éloquence. En ce qui concerne Nanterre, on conçoit les résistances de la Préfecture de police à augmenter l'encombrement dangereux qui existe dans cette maison où contrairement à tous les principes

de l'assistance et de l'hygiène, on accumule, à côté de prisonniers et de mendiants, des vieillards, des infirmes, des déments, des paralytiques des deux sexes, sans compter les enfants. Nanterre nous reporte à un siècle en arrière. Revenons à la colonie de Dun.

La plupart des malades qu'on veut y envoyer sont des aliénés, les séniles même sont considérés comme aliénés; c'est le service des aliénés qui dirige la colonie; c'est à un médecin aliéniste qu'on veut la confier. Les dépenses sont payées par le budget des aliénés. Le prix de journée proposé d'abord, 1 fr. 10 pour les hommes et 1 franc pour les femmes, a été trouvé trop faible, on l'a élevé à 1 fr. 25 et 1 fr. 10.

Le prix de journée réel, fixé par l'administration à 1 fr. 71, sera, dit-on, de 1 fr. 66, en y comprenant les frais de médecin, de surveillance, de bureau et de transport. Ce chiffre est de beaucoup supérieur à celui que le département paie dans les asiles des départements avec lesquels il a des traités et qui a été en moyenne de 1 fr. 23 en 1890. La colonie de Dun n'offre donc pas un avantage financier sur le placement des aliénés dans les asiles des départements.

Ce prix de journée n'est pas très éloigné de celui des asiles de la Seine, 2 fr. 31 et encore moins du prix de journée payé à la Salpêtrière, 2 fr. 10. Or, nous doutons fort que les familles de Dun en voyant qu'ils ne peuvent tirer aucun travail des déments, des séniles, des idiots et des imbéciles qu'on leur enverra, ne cherchent bientôt à élever le prix de pension.

De ce fait et parce que le chiffre annuel fixé pour la vêture sera dépassé quand les malades déchireront leurs vêtements ou deviendront gâteux, nous verrons le prix de journée se rapprocher du chiffre primitivement fixé à 1 fr. 71.

Les partisans de la colonie de Dun ont invoqué la difficulté qu'éprouve l'administration à trouver des places nouvelles dans les asiles de province. S'il en est réellement ainsi, on ne peut qu'en féliciter les administrations départementales, car cela semblerait indiquer qu'elles admettent plus facilement qu'autrefois les aliénés dans leurs asiles[1].

Nous avons insisté à diverses reprises sur une ancienne proposition qui consistait à envoyer ces incurables tranquilles dans leurs familles en leur accordant un secours mensuel. Ce secours pourrait être de 25 ou de 30 francs, selon que le malade serait propre ou gâteux. Ce mode d'assistance est plus *économique* que celui de la colonie de Dun; il est plus *familial*, puisque le malade serait soi-

[1] En causant avec nos collègues, nous avons appris que M. le Dr Brunet avait offert 50 places aux aliénés du département dans son asile à Évreux et que M. Galoppain en avait offert 75 dans son asile de Fains. On ne leur a envoyé aucun malade. Pourquoi? (B.).

gné dans sa propre famille; il est plus *républicain* puisque le malade ne serait pas éloigné de son pays, de sa famille, de ses amis et que nos principes veulent que le malheureux soit assisté à domicile s'il y a lieu, et dans le cas contraire le plus près possible de son domicile.

Nous avions en second lieu proposé, sans grand enthousiasme, d'essayer le placement — non pas d'aliénés incurables et déments — mais d'aliénés travailleurs chez les cultivateurs des environs de l'asile de Villejuif et cela sous la surveillance immédiate des médecins et du directeur de cet asile.

Ni l'un ni l'autre de ces essais, qui ne donnaient pas lieu à des *transferts*, mesure barbare, n'a paru attirer l'attention de l'administration; c'était sans doute trop modeste.

Donc, ni au point de vue financier, ni au point de vue administratif — car l'administration aura des difficultés de tous genres et une grande responsabilité; — ni au point de vue social, nous ne trouvons une réelle supériorité dans l'organisation de la colonie de Dun sur l'organisation actuelle et surtout sur l'organisation tant de fois préconisée, souvent appliquée, par des médecins aliénistes et qui consiste à annexer aux asiles des *colonies agricoles* sous la direction du médecin directeur des asiles.

M. Deschamps (de Paris). — Il résulte de cette discussion que nous sommes tous d'accord pour déplorer l'encombrement des asiles par des sujets incurables. J'ai consulté tous les médecins des asiles de la Seine à ce sujet : tous ont été unanimes à reconnaître qu'ils étaient obligés de garder dans leur service, pour ne pas les mettre sur le pavé, une quantité considérable de séniles, de déments et d'idiots, dont beaucoup sont inoffensifs et pourraient être placés sans inconvénients dans des familles de paysans qui, pour une somme modique, voudraient bien se charger de les nourrir et de veiller sur eux. J'ai saisi de cette question le Conseil général de la Seine, et il a été décidé après avis favorable du préfet, qu'un premier placement de cent déments séniles aurait lieu dans une commune du département du Cher.

Nous basant sur ce qui se passe en Belgique, non seulement à Gheel mais à Lierneux, nous avons le ferme espoir que cette tentative réussira, et que peu à peu nous pourrons fonder sur d'autres points du territoire des colonies analogues à celles de Dun, et donner ainsi satisfaction aux nombreux médecins qui désirent voir remplacés par des curables tous leurs malades incurables[1].

M. Deny (de Paris). — Au moment où va être tenté en France

[1] Des renseignements qui ont été donnés publiquement, hors séance, par un de mes collègues du Congrès, qui connaît très bien les qualités et les défauts des habitants de Dun, nous font craindre qu'ils ne répondent pas aux espérances qu'on s'est faites. (B.)

un premier essai de colonie familiale pour les aliénés, j'ai pensé qu'il y aurait un certain intérêt à jeter un coup d'œil sur le fonctionnement des asiles actuels et sur les améliorations que la création de colonies libres permettra de leur apporter.

J'ai traité dans mon service, depuis cinq ans, 725 malades, sur lesquels 306 ont été mis en liberté, 141 sont morts et 69 ont été transférés dans d'autres établissements.

Sur les 306 malades mis en liberté, 227 seulement doivent être considérés comme étant des cas de guérison, les 79 autres ayant été réintégrés à l'asile au bout d'un temps plus ou moins long. Le pourcentage de ces différents chiffres nous donne les résultats suivants : mortalité, 19,43 p. 100; guérison, 31,3 p. 100.

Cette proportion des guérisons n'est pas très élevée, puisqu'elle équivaut à peine au tiers des malades traités ; elle est cependant supérieure à la moyenne de celle des asiles français et elle ne pourra être plus élevée que lorsque ces asiles seront débarrassés du grand nombre d'incurables qui les encombrent. Il faut remarquer, en outre, que les services de Bicêtre ne reçoivent guère de malades aigus, les aliénés n'y étant pas admis directement, mais seulement après avoir fait un séjour plus ou moins prolongé à Sainte-Anne.

Quant aux mesures les plus propres à remédier à l'encombrement des asiles par les sujets incurables, elles ont été assez souvent discutées par les précédents Congrès pour qu'il soit inutile d'y revenir à nouveau. Je me borne donc à les transcrire ici sous forme de conclusions :

1° Création de services spéciaux pour les épileptiques, les idiots, les imbéciles et les déments[1] ;

2° Création de colonies libres pour ceux de ces différentes catégories d'incurables qui sont inoffensifs.

M. Marie (d'Évreux) lit une note sur le mode de placement et la répartition en catégories différentes des malades dans les colonies familiales d'Angleterre, d'Ecosse et de Belgique. Tandis qu'à Gheel on reçoit directement et indifféremment des aliénés chroniques ou aigus, en Ecosse le placement n'est, en principe, appliqué qu'à des chroniques incurables soigneusement choisis parmi les aliénés préalablement traités dans les asiles; le système belge est donc l'absence de sélection initiale et d'internement proprement dit, alors que le système écossais n'est que le dernier terme d'une sélection préalablement faite dans des asiles fermés où le placement initial précoce est préconisé.

M. Charpentier. — Il faut désencombrer les asiles : voilà la question première qui s'impose. Que cet encombrement résulte de la

[1] C'est ce que nous avons demandé bien des fois de notre côté. Il s'agit naturellement des *adultes*. (B.)

présence dans les asiles de gens qui ne devraient pas y être placés, que ce soient des vicieux, des ivrognes, des séniles, des idiots, des épileptiques, peu importe; ce que je retiens, c'est qu'ils gênent par leur graud nombre. Peut-on les placer ailleurs dans de meilleures conditions? Si oui, acceptons et encourageons de telles propositions, quelles qu'elles soient et d'où qu'elles viennent. Trois modes de placement sont à l'étude.

1° *Les colonies annexées aux asiles d'aliénés*, partout où cela sera possible sans nécessiter des acquisitions trop onéreuses de vastes terrains; c'est la proposition de M. Riu;

2° *Les placements des aliénés dans leurs familles;* c'est le mode d'assistance auquel M. Bourneville semble donner la préférence; il est déjà pratiqué dans le département des Ardennes;

3° *Les colonies familiales,* telles que celle de Dun-sur-Auron, dans le Cher, qui n'existe encore que sur le papier. Je ne suis pas opposé à ce mode de placement : je crois seulement qu'on devra apporter beaucoup de prudence dans la sélection des malades, afin d'éviter les accidents, et dans la sélection des familles pour empêcher le surmenage ou l'exploitation possible des aliénés qui leur seront confiés.

L'expérience seule pourra décider, quand elle aura été suffisamment prolongée, lequel de ces trois modes d'assistance d'aliénés inoffensifs et incurables donne les meilleurs résultats. Pour le moment, rien ne s'oppose à ce qu'ils soient mis tous les trois à l'étude.

M. Charpentier ajoute que : « Après la création de l'asile clinique, il restait les vastes terrains à l'ouest de Bicêtre; malheureusement ils ont été pris par les constructions que M. Bourneville a fait élever pour le service des idiots, en sorte qu'à l'heure actuelle les ateliers, d'ailleurs insuffisamment organisés, ne peuvent employer tous les aliénés qui en seraient susceptibles et qu'au dehors les quelques terrains restant, insuffisants eux aussi pour motiver l'organisation d'une ferme, sont affermés ou cultivés en dehors de la participation des malades qui en retireraient un grand bénéfice.

M. Bourneville demande la parole pour rectifier certains points de la communication précédente. Il rappelle que la section des enfants a été créée : 1° sur un terrain qui leur appartenait déjà; — 2° sur le jardin du directeur; — 3° sur un vaste champ de luzerne qui n'avait jamais été affecté au travail horticole fait par les aliénés. Pour ce qui est de la non-utilisation des aliénés dans les ateliers de l'hospice cela tient à ce que les chefs d'atelier et même les surveillants des services généraux, comme la buanderie, n'ayant pour la plupart jamais vécu au milieu des aliénés, les renvoient à la moindre incartade. C'est pour cela que nous avons demandé bien des fois que l'on fasse faire à ce personnel un stage dans les

services d'aliénés comme infirmiers et infirmières afin de leur apprendre à mieux connaître les malades et à leur faire supporter les écarts dus à leur maladie. Il en résulterait un grand bienfait par les malades qui ne seraient pas désœuvrés et un bénéfice pour l'établissement.

Nous signalons enfin de nouveau à nos collègues de Bicêtre la possibilité d'utiliser pour leurs malades les terrains voisins de l'hospice. Nous avions pensé à demander l'un d'eux pour les enfants de notre section en mettant un maître jardinier à leur tête, mais jusqu'ici, le projet n'a pas eu de suite.

M. le Dr Samuel Garnier (de Dijon). — Je n'étais pas préparé à ce débat, mais les opinions qui viennent de se faire jour m'obligent à sortir de ma réserve. Et d'abord, on confond, ou plutôt on mêle la question des colonies d'aliénés avec le système d'assistance qu'on veut inaugurer à Dun-sur-Auron. En ce qui concerne les colonies agricoles d'aliénés c'est une utopie si vous voulez qu'à cinq ou six kilomètres de l'asile existant ou à créer, on établisse une ferme complète dans laquelle vous déverserez vos déments, vos imbéciles, vos idiots, parce qu'alors il ne vous restera plus rien pour cultiver votre potager dont les produits dans la plupart des asiles sont assez considérables, 30,000 francs environ à l'asile de Dijon. Annexez donc simplement à votre établissement d'aliénés assez de terrains pour une culture maraîchère intensive, en réunissant tous vos travailleurs dans un seul pavillon, et cela suffira amplement pour remplir l'indication du travail en plein air. Quant à la grande culture proprement dite, je la rejette pour bien des motifs. Elle exige en premier lieu un travail excessif et aboutit fatalement à l'exploitation de l'aliéné — peu m'importe au profit de qui — et pour moi c'est capital. Faire espérer qu'avec cette grande culture et ses rendements il en résultera sinon l'exonération complète, du moins une atténuation notable des charges départementales de l'assistance, c'est un leurre.

Pour ce qui regarde la conception de M. Deschamps, qui veut se faire l'importateur du système belge de Gheel, je la crois inapplicable. — Sans doute il veut diminuer l'encombrement fâcheux des asiles de la Seine, mais, qu'il me permette de le lui dire : vos nourriciers de Dun qui pour 1 fr. 60 se chargeront de prendre vos aliénés et doivent leur donner des soins comparables à ceux qu'ils reçoivent dans les asiles, me semblent tout à fait extraordinaires, alors qu'en général on sait que les parents font tous leurs efforts pour se débarrasser de leurs aliénés. Donnez donc plutôt à ces parents, comme le veut M. Bourneville, une subvention journalière qui les engagera à reprendre leurs malades qui encombrent vos maisons. Ce sera beaucoup plus moral, d'abord, et plus légal, ensuite, puisque tout aliéné non guéri, s'il est inoffensif ou paraît tel, peut être confié à sa famille, si elle le désire. Cette famille devient respon-

sable des agissements de ce dément incurable, de cet idiot, de cet imbécile, qui est ainsi replacé dans les conditions de la vie ordinaire, tandis qu'à Dun je me figure difficilement ce que seront, au point de vue de leur situation légale, ces déments que vous ferez sortir des asiles. Seront-ils des aliénés placés sous la loi de 1838? Non, puisque leur *exeat* sera signé et qu'alors ils auront reconquis, pour la plupart leurs droits civils. De quel droit les placerez-vous à Dun? Je me demande enfin pourquoi vous les assisterez au nom du département, puisque, sortis légalement de l'asile, la charge de leur assistance devient, en droit, exclusivement communale. Toutes ces questions ne sont pas résolues au préalable toutefois; faites l'essai qui vous sourit, puisque votre conviction reste entière. Je souhaiterais même qu'il soit moins négatif qu'à votre école de réforme d'Yzeure à laquelle vous avez dû renoncer.

M. Bouchereau (de Paris), rappelant l'exemple des institutions étrangères, considère qu'on ne doit pas accepter tel système à l'exclusion de tel autre. Les colonisations agricoles n'excluent pas la colonisation familiale sous toutes ses formes; les différentes méthodes correspondent seulement à des catégories différentes de malades pour lesquels elles peuvent être appropriées. On ne peut donc, *a priori*, condamner une tentative quand celle-ci a réussi ailleurs, et a pour but d'ajouter un mode d'assistance aux moyens actuels insuffisants. La seule question discutable est celle des détails d'application pratique qu'on pourra juger plus ou moins logiquement conçus; la discussion de ces points rentre dans le domaine administratif; sur ce terrain, M. Deschamps pourrait mieux répondre.

M. Doutrebente clôt le débat en faisant observer qu'on s'est quelque peu écarté de la question et qu'on s'est plus préoccupé du patronage familial d'incurables que des colonies agricoles d'aliénés; il expose les résultats qu'il a obtenus à l'asile de Blois sur une culture de 32 hectares; et il signale les domaines considérables qui entourent certains asiles de la Seine et qu'après des essais trop vite abandonnés on a loué à des fermiers dont on s'est ensuite rendu tributaire pour la fourniture de divers produits d'alimentation. Quant à l'argument qui consiste à dire que la population parisienne ne produit pas de travailleurs agricoles, il ne faut pas lui accorder trop d'importance; le département de la Seine à défaut de la ville de Paris peut en fournir quelques uns; et, du reste, il en a plusieurs exemples à l'asile de Blois, les meilleurs travailleurs agricoles ne sont pas nés aux champs et n'ont parfois jamais touché un instrument de culture avant leur entrée à l'asile. Il conclut donc à la ferme annexée à l'asile. J. Séglas.

— La journée du 3 août a été consacrée à la visite de l'asile d'aliénés et du pensionnat, puis le Congrès a visité une partie

de la prison qui a servi autrefois aux aliénés. Enfin il s'est rendu au château de Blois où a eu lieu la réception du Congrès par la municipalité à la tête de laquelle était M. Guérite, maire de Blois.

— La journée du 4 août a été consacrée à la visite des châteaux de Chambord, Cheverny et Beauregard. Cette excursion, conduite par M. Doutrebente avec une rondeur et une bonhomie charmantes, a été à la fois très intéressante et très agréable. Les congressistes ont déjeûné à Chambord.

« MM. Th. Roussel, Doutrebente, le professeur Pierret, Gilbert-Ballet, Joffroy, dit *l'Indépendant de Loir-et-Cher*, ont porté divers toasts pleins de science, d'humour ou de poésie, le dernier à Mme Sincère qui avait embelli la promenade de sa présence ».

Le soir, un banquet a eu lieu à l'hôtel de Blois où assistaient outre la plupart des membres du Congrès, M. Sincère, préfet de Loir-et-Cher, M. Guéritte, maire de Blois, plusieurs médecins de Blois et du département. Au dessert, divers toasts ont été portés. Nous en empruntons le résumé à *l'Imdépendant de Loir-et-Cher* qui a publié un compte-rendu détaillé et très exact des travaux du Congrès.

« M. Roussel, dit ce journal, a remercié la ville de Blois de son accueil dont il emportait un souvenir inoubliable. M. le Préfet a exprimé le regret de voir le Congrès se séparer; mais la satisfaction d'avoir appris à connaître tant de savants; et, répondant à toutes les légendes de croque-mitaines que fait courir une certaine presse, il s'est écrié avec une amusante allusion du sous-préfet de Daudet: « Mais ça n'est pas méchant du tout les aliénistes! »

M. Ritti, médecin de Charenton, a pris ensuite la parole, et doué, comme il l'a dit lui-même, de la bosse de la vénération, il a bu aux absents, à ceux qui ont tracé la voie, et notamment à Calmeil, ce vieillard de quatre-vingt-quatorze ans, qui s'intéresse encore passionnément à la science dans laquelle il a marqué un sillon lumineux.

« Le Dr Riu a ensuite donné rendez-vous aux assistants, à l'asile d'Orléans et sur les bords du Loiret, cet enfant sans état civil, a-t-il dit par allusion à un incident de séance, et qui voudrait bien connaître son père.

« Le Dr Régis, comme secrétaire général de la Ligue des dames présentes, a adressé les plus vifs remerciements et porté une santé, fort applaudie à Mme Doutrebente.

« Enfin le Dr Doutrebente a fait l'éloge des asiles de la Seine. C'était une façon de forcer le Dr Bourneville, médecin de Bicêtre, membre de la Commission de surveillance des asiles de la Seine,

à prendre la parole. Il s'est exécuté aussitôt et, avec sa grande compétence, a fait l'éloge des deux établissements qu'il avait visités, l'asile des aliénés et l'hôpital général, et profitant de l'occasion cet apôtre de la laïcisation a rendu justice au personnel laïque de ce dernier établissement, très heureux de pouvoir s'appuyer sur le témoignage du Dr Ansaloni, qui l'avait accompagné dans sa visite et assistait au banquet. Et rappelant les progrès accomplis dans le domaine de l'assistance publique, le Dr Bourneville a bu à la République »

Séance du 5 *août* (matin). — Présidence de M. Giraud (de Rouen).

M. Samuel Garnier lit une note sur les *Retraites des médecins d'asile*. Les conclusions de son mémoire sont votées par le Congrès[1].

M. Gilbert Ballet. — *Sur les caractères de certaines idées de persécution observés chez les dégénérés à préoccupations hypochondriaques ou mélancoliques.* — Depuis le mémoire de Lasègue, les caractères qui différencient les unes des autres les idées longtemps confondues ensemble de persécution et de mélancolie ont été précisés avec netteté. Il est aujourd'hui de notion courante qu'entre le persécuté et le lypémaniaque, il y a toute la distance qui sépare le coupable de la victime; tandis que le premier s'en prend au monde extérieur des tourments dont il souffre, le second s'accuse lui-même; aussi celui-ci est-il humble et résigné pendant que le persécuté est plus ordinairement agressif et révolté. Les distinctions fondamentales ne sauraient être trop mises en lumière; cependant elles ne sont pas absolument vraies dans tous les cas : il est telle circonstance où l'idée de persécution nettement caractérisée pourtant s'associe au sentiment d'humble résignation, de mésestime du moi qui constitue le fond ordinaire des états lypémaniaques. Les persécutés dont il s'agit, accusent les autres, se plaignent de leurs agissements et de leurs manœuvres, comme il convient à des persécutés; mais ils s'accusent avant tout eux-mêmes; ils ne se dissimulent pas qu'ils ont fourni le prétexte de la persécution et qu'à eux reviennent les premiers torts; ce sont des victimes, mais coupables, et non, comme les persécutés ordinaires, des victimes innocentes. M. Ballet rapporte cinq faits. Dans le premier, il s'agit d'un individu à tares dégénératives, chez lequel on avait dû faire l'ablation de l'un des testicules, au cours d'une opération de cure radicale de hernie. Or, depuis cette opération, le malade présente des idées de persécution. Il est convaincu que ses camarades, dans son bureau, ses collègues, sur les différents points du réseau de la compagnie de

[1] Voir le compte rendu du *Congrès de Rouen* (*Archives de Neurologie*, 1890).

chemin de fer à laquelle il est attaché, sont au courant de son infirmité. On chuchote autour de lui, on le regarde d'une façon très significative. Il a entendu un jour un de ses camarades dire, en passant près de lui : « Oh! tu es un eunuque. » Maintes fois on l'a appelé *vieux testicule*. Il y a eu, au régiment caserné dans la ville qu'il habite, une affaire de pédérastie. En diverses circonstances, on a fait devant lui allusion à cette affaire, on a murmuré en passant près de lui : « Tiens, tu es comme ça. » Ce sont bien là des idées de persécution avec les interprétations délirantes, les hallucinations auditives, qui accompagnent ces idées d'ordinaire. Eh bien, ce persécuté, qui ressemble par la physionomie générale de son délire à tous les persécutés, s'en distingue cependant par un caractère de premier ordre. C'est à peine s'il en veut à ses persécuteurs. Il ne serait pas impossible qu'il les menaçât ou les frappât, mais, s'il le faisait, ce serait plutôt sous l'influence d'un mouvement passager d'impatience ou d'emportement que pour satisfaire un sentiment de vengeance. Les persécuteurs ne sont pas ses ennemis, « ils n'ont aucune inimitié contre lui ». Alors pourquoi le poursuivent-ils de leurs obsessions? C'est à cause de l'infirmité dont il est atteint, infirmité réelle qui, chez un dégénéré comme il l'est, a été le point de départ d'un échafaudage d'idées morbides. Cet homme est désireux de se faire mettre un testicule artificiel; cette idée l'obsède. « Quand j'aurai mon faux testicule, dit-il, il suffira que je dise à un de mes amis : ce qu'on dit n'est pas vrai, pour que mon ami le répète. Et alors mes ennemis actuels, qui n'ont aucune inimitié contre moi, seront enchantés de la chose. » Cette dernière phrase peint très bien les idées de persécution observées chez ce malade; elle montre ces idées à cheval, d'une part sur l'idée de persécution telle qu'on l'observe couramment, d'autre part, sur l'idée mélancolique ou plutôt hypochondriaque. L'individu dont il s'agit se plaint des autres, sans doute, mais il se plaint surtout de son infirmité. On le persécute, c'est vrai, mais cette persécution a un motif que le malade reconnaît et dont il exagère considérablement l'importance.

Il s'agit là, on le voit, d'un délire de persécution ayant pour point de départ une idée hypochondriaque et ajoutant à ce point de départ certains caractères spéciaux. — M. Gilbert Ballet rapporte quatre autres faits du même ordre. Il est ainsi amené à formuler les conclusions suivantes : Je n'ai pas eu pour but de faire ressortir la relation qui relie souvent aux idées hypochondriaques les idées de persécution. J'ai voulu montrer dit-il, qu'à côté des hypochondriaques qui deviennent des persécutés vulgaires, il en est chez lesquels les idées de persécution offrent des caractères un peu spéciaux. J'ai cherché d'ailleurs à établir que les idées de persécution à physionomie anormale se rencontrent aussi dans certains états de dépression mélancolique. Je pense même que s'il était

possible plus souvent d'analyser avec précision les caractères que l'idée de persécution a, quand elle surgit au cours de la mélancolie, on constaterait probablement que d'ordinaire elle affecte la physionomie de celle dont j'ai parlé.

Cette physionomie s'explique par la nature du trouble fondamental d'où l'idée de persécution dérive et qu'elle accompagne. Les individus que poursuit l'obsession d'une infirmité dégradante ou d'une culpabilité imaginaire, ne peuvent être que ce qu'ils sont, des honteux ou des humbles. Sans doute ils n'ont pas toujours la résignation passive du mélancolique vulgaire, mais ils n'ont pas non plus les colères et les haines des persécutés ordinaires. Ils n'acceptent pas de gaieté de cœur et sans protestation les taquineries qu'on leur fait subir, mais tout en protestant ils semblent reconnaître que les taquineries sont méritées et dans une certaine mesure légitimes.

Ces idées de persécution survenant chez des dégénérés ont de la tendance à affecter la marche rémittente qu'ont d'ordinaire les troubles mentaux chez ces malades. Leur évolution paraît intimement liée d'ailleurs à celle du trouble fondamental (hypochondriaque ou mélancolique) qui leur a donné naissance : transitoires et rémittentes quand l'idée hypochondriaque est susceptible de rémissions, plus tenaces quand la conviction maladive première est elle-même plus durable.

M. Ritti (de Paris) rappelle que plusieurs auteurs ont déjà établi que les malformations diverses des organes génitaux sont très souvent l'origine de préoccupations hypochondriaques se transformant plus tard en idées de persécution. A partir de ce moment, les cas évoluent comme un délire de persécution vulgaire.

M. Ballet répond qu'il n'ignore pas cela et que le but principal de son travail a été de mettre en relief le caractère particulier des idées de persécution de quelques-uns de ces malades.

M. Régis demande si, chez les persécutés qui tiennent à la fois et des mélancoliques et des persécutés, on note des tentatives de suicide, contrairement à ce qui se passe chez les persécutés vrais, le plus souvent portés à l'homicide.

M. Ballet. — Un de mes malades a fait une tentative de suicide.

M. Séglas. — Le point le plus intéressant de la communication de M. Ballet est la nature particulière des idées de persécution de ses malades. On ne les rencontre guère sous cette forme que dans les délires liés à la mélancolie et c'est là un point signalé déjà par quelques auteurs, entre autres Schuele, et sur lequel j'ai insisté pour ma part dans différentes publications. Les idées de persécution qu'on trouve chez les mélancoliques délirants ne sont pas des idées de persécution vraies. Au lieu de reposer sur un fonds d'or-

gueil, elles reposent sur le fonds d'humilité particulière aux idées mélancoliques, elles sont empreintes aussi de ce caractère particulier de résignation qui leur est propre, car le malade trouve ces persécutions justifiées par son indignité, et cette étiquette de persécution que revêt le délire ne l'empêche pas d'être toujours et avant tout un auto-accusateur. Or, les malades de M. Ballet ont des idées de persécution absolument semblables et cependant ils ne présentent aucun symptôme de mélancolie; les troubles émotionnels et abouliques du début, qui sont la base du délire, ont ici complètement fait défaut. Au contraire, l'évolution des cas qu'il rapporte se rapproche de celle qu'on observe chez les persécutés par l'apparition primitive du délire, sans troubles émotionnels ou volontaires préalables. Nous ne dirons pas que ces malades sont à la fois mélancoliques et persécutés : ce sont de simples faits de transition. Si les caractères des idées de persécution sont ceux des idées de même nature chez le mélancolique, l'ensemble de la maladie, l'évolution fait ces cas beaucoup plus voisins des délires ordinaires de persécution.

J'ai observé un cas, sinon tout à fait semblable, au moins comparable, celui d'une femme qui, après une période d'accidents neurasthéniques et dyspeptiques très marqués, fut prise subitement d'idées délirantes de persécution, reposant sur un fonds d'humilité qui lui faisait dire que si on la poursuivait, si on la regardait de travers, c'est qu'elle avait tout mal fait, qu'elle avait tous les défauts, qu'elle n'avait pas rempli ses devoirs.

Cette idée de persécution était, en somme, celle des mélancoliques, bien que la malade n'eût jamais présenté aucun symptôme de mélancolie; sauf cela, l'aspect général, la marche de la maladie, l'eussent fait considérer comme atteinte d'une des variétés de délires de persécution que nous rencontrons habituellement. Il était chez elle encore quelques particularités importantes à signaler, parce qu'elles dénotaient la présence de ce même terrain psychopathique, signalé par M. Ballet dans ses observations. D'abord la malade était une émotive au plus haut point : ses idées délirantes étaient très rémittentes, se présentant par bouffées d'une durée plus ou moins longue. Les idées étaient presque toujours conscientes chez elle, mais cependant tout en les jugeant déraisonnables, elle ne pouvait les dominer; enfin, elles s'accompagnaient toujours et surtout dans les paroxysmes d'un état d'angoisse très prononcé. J'ajouterai que les crises délirantes étaient toujours chez elle en rapport avec une aggravation des désordres neurasthéniques et dyspeptiques, ces derniers étant toujours les plus marqués, et que nous vîmes les troubles intellectuels s'atténuer d'une façon considérable, des rémissions se prolonger sous l'influence d'une thérapeutique et d'une hygiène appropriées, s'adressant surtout aux troubles des fonctions digestives.

M. F. Raymond (de Paris) lit un travail sur les *troubles délirants* du *goître exophtalmique* dans leurs rapports avec la dégénérescence, et se résume de la façon suivante : les troubles psychiques de la maladie de Basedow ne font point partie intégrante de l'affection. Ils n'ont rien de spécifique et peuvent revêtir toutes les formes. Ils relèvent en réalité de l'association au goître de psychoses distinctes et autonomes. Il y a lieu, croyons-nous, d'opérer le dénombrement de ces symptômes psychiques au profit des espèces morbides auxquelles ils doivent être restitués. Une certaine partie a pu être rattachée à la neurasthénie, à l'hystérie, à l'épilepsie, à la manie, à la mélancolie, au délire hallucinatoire, au délire alcoolique, etc... Un groupe important est étroitement lié à la dégénérescence mentale que démontrent les antécédents héréditaires psychopathiques des malades, leur état mental antérieur (déséquilibration), leurs stigmates physiques ou psychiques (obsessions et impulsions), enfin la forme de leurs accès délirants. L'association de la maladie de Basedow avec la dégénérescence mentale n'est pas une coïncidence; elle s'explique par les tares héréditaires dont relèvent les deux ordres de faits. C'est un exemple de la loi de coexistence simultanée des névroses et des psychoses, et de leur évolution parallèle et indépendante. La diathèse psychopathique peut se révéler par l'éclosion d'un délire, soit au cours du goître exophtalmique, soit bien antérieurement à son début, ou encore bien postérieurement à sa guérison, soit enfin successivement dans les différentes conditions. Le choc moral qui provoque la maladie de Basedow peut réveiller simultanément les aptitudes délirantes du sujet. Dans certains cas, le goître exophtalmique lui-même agit, chez un prédisposé, pour faire éclore les troubles psychiques au même titre qu'une cause occasionnelle banale quelconque. Le goître exophtalmique est une névrose bulbo-protubérantielle, constituée par l'exagération et la permanence des phénomènes physiologiques de l'émotion. C'est une anomalie psychique, l'émotivité qui est à la base de la maladie. Celle-ci n'est souvent qu'un cas particulier des troubles fonctionnels qui, chez les dégénérés, frappent tel ou tel groupe des centres corticaux (psychiques, psycho-moteurs, sensoriels, sensitifs), bulbaires ou spinaux. Il s'agit, dans l'espèce, d'une véritable déséquilibration des centres vasomoteurs qui coexiste souvent avec des troubles analogues du côté des autres centres de l'axe cérébro-spinal.

Discussion : M. Joffroy (de Paris) ne nie pas la prédisposition héréditaire dont l'existence se manifeste sous l'influence de la maladie de Basedow. Ce fait est commun à bien d'autres cas; mais ici il y a quelque chose de particulier. La maladie de Basedow dépend d'altérations du corps thyroïde. Or, toutes les fois que cet organe est atteint, il y a des troubles mentaux, témoins les crétins, les myxœdémateux. La maladie de Basedow joue donc, même

chez les prédisposés, une influence considérable sur l'éclosion des troubles délirants par suite de l'intoxication qui résulte de l'altération des fonctions du corps thyroïde.

M. Raymond ne nie pas que, comme cause occasionnelle, la maladie de Basedow ne puisse avoir une grande influence ; mais son rôle se borne là, elle ne crée pas les formes du délire qui sont celles habituelles aux aliénés, dégénérés héréditaires.

M. Joffroy (de Paris) rapporte l'observation d'une malade syphilitique atteinte de *paralysie générale*, ayant présenté de l'atrophie musculaire, et venant à ce point de vue s'ajouter à une série d'autres (Gullière, Westphal, Magnan, Voisin, Hanot, Liouville, Ball). Ce cas se présente dans des conditions de netteté qui ne laissent aucun doute sur le mécanisme de l'atrophie musculaire. Elle se développe suivant le procédé des myopathies spinales avec altération primitive des grandes cellules motrices de la substance grise des cornes antérieures comme dans la paralysie infantile, ou plus justement comme la sclérose latérale amyotrophique, avec absence presque complète de sclérose des faisceaux blancs.

Au point de vue des lésions cérébrales, les vaisseaux sont peu enflammés, les gaines vasculaires très dilatées et il semble que l'on ait sous les yeux le résultat de réplétions fréquentes prolongées des vaisseaux, de congestions répétées, n'ayant que peu retenti sur la structure des parois, non plus que sur celle de la névroglie où l'encéphalite interstitielle est réellement fort peu accusée. Dans un cas semblable, la théorie de l'étouffement de M. Luys n'est pas acceptable, pas plus que le résultat du trouble de la nutrition produit par la lésion vasculaire et l'on doit en venir à la théorie de l'encéphalite parenchymateuse, de la lésion primitive des cellules nerveuses. Il est à remarquer que, dans ce cas, on rencontre la lésion dans l'encéphale dans les grandes comme dans les petites cellules et que dans la moelle, si la lésion atrophique était prédominante à la région cervicale dans la corne antérieure gauche de la substance grise, on la rencontrait aussi, quoiqu'à un moindre degré, dans la corne antérieure droite ainsi que dans les cornes postérieures. De sorte que dans la moelle ainsi que dans le cerveau toutes les cellules nerveuses, grandes et petites, psychiques, motrices, sensitives ou autres, sont atteintes primitivement par une altération qui tend à les atrophier. Nous nous trouvons donc en présence d'une maladie cérébro-spinale, qui dans la moelle comme dans le cerveau, dans toute la longueur de l'axe cérébro-spinal, est essentiellement caractérisée par une altération primitive des cellules nerveuses. Cette conclusion s'impose d'autant plus que dans l'observation annexée les cordons latéraux sont restés absolument sains et qu'on ne peut alors subordonner les altérations de la moelle épinière à celles du cerveau. Cette façon de com-

prendre la paralysie générale tend à en faire une variété des atrophies chroniques des cellules nerveuses comme la sclérose latérale amyotrophique.

Discussion : M. Raymond se déclare prêt à se ranger à la théorie parenchymateuse de la paralysie générale et demande à M. Joffroy quelques explications complémentaires sur les détails de l'examen microscopique.

M. Mordret (du Mans) a observé récemment un cas de paralysie générale sans lésions macroscopiques.

M. Doutrebente. — Le cas que M. Joffroy vient de rapporter est-il un cas de paralysie générale type ou de syphilis cérébrale?

M. Joffroy. — La syphilis n'est pas en cause dans les lésions anatomiques que je viens de décrire. Que les malades aient ou non des antécédents syphilitiques, cela n'influe pas sur la forme de la paralysie générale. Il n'y a pas de paralysie générale de nature, mais d'origine syphilitique; la syphilis est une simple cause prédisposante. La vraie paralysie générale est celle qui répond au type anatomique que je viens de décrire.

M. Pierret (de Lyon). — *Rapports de la paralysie générale et des tabes.* — Je cherche, depuis de longues années, à établir que les maladies du cerveau et les maladies de la moelle sont toujours séparées à tort et à prouver que les phénomènes réputés psychiques obéissent aux mêmes lois que les phenomènes sensitifs ou moteurs.

Au point de vue pathologique et en faisant la synthèse si nécessaire des fonctions du cerveau, sans en excepter la pensée, on peut ne considérer que deux grandes maladies, celle du système centripète de réception, celle du système centrifuge, d'expression.

Il est une maladie que j'ai montré intéresser tous les éléments du système sensitif : C'est le tabes. Ces malades, disaient les neurologistes, ne sont jamais fous. Cette erreur fut réfutée surtout par Westphal et Baillarger. Ce dernier a démontré que les tabétiques ont des troubles psychiques semblables à ceux qui caractérisent encore la paralysie générale; il avait signalé que les paralytiques généraux pouvaient avoir des délires qui pussent absolument disparaître. D'autre part, j'ai signalé autrefois des points d'atrophie (encéphalite scléreuse) sur le cortex de tabétiques qui n'ont pas de délire, lésion qui a été retrouvée depuis Jendrassik.

La forme délirante vraiment caractéristique du tabes est un délire de persécution avec agitation maniaque fondée sur des interprétations délirantes des douleurs dues au tabes, c'est-à-dire non sur des hallucinations, mais sur des phénomènes sensitifs et sensoriels indiscutables. De plus, de temps en temps, les malades prennent des poussées de délire mégalomoniaque accompagné de phénomènes

moteurs, tremblements, trouble de la station; ces malades deviennent déments et l'on retrouve encore alors chez eux des traces de l'ancien délire.

D'autre part, la forme de trouble mental qui accompagne la forme de sclérose systématique intéressant tout le système psychomoteur, c'est la démence paralytique pure, la paralysie générale sans délire. Les malades qui en sont atteints ne sont, à vrai dire, ni mégalomaniaques, ni mélancoliques, ce sont des déments moteurs chez lesquels la pensée ne peut pour ainsi dire plus se manifester par l'une quelconque de ses expressions motrices.

Les deux formes cliniques que je viens de décrire ont été jusqu'à présent confondues dans le cadre de la paralysie générale due à des lésions diffuses d'emblée, mais il me paraît nécessaire de les décrire à part désormais.

M. le Dr Ch. VALLON présente une *note sur un cas de paralysie générale vraie consécutive à une encéphalopathie saturnine.* — Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, ouvrier plombier, sans antécédents héréditaires, qui, à la suite d'une encéphalopathie saturnine, a présenté les symptômes d'une paralysie générale à la dernière période. Au bout de quelques mois, les signes du saturnisme avaient disparu, il s'était produit également une rémission complète de la paralysie générale. A s'en tenir à cette première partie de l'histoire du malade on se trouverait en face d'un de ces faits qui ont été décrits sous le nom de pseudo-paralysie générale saturnine. En effet, on a donné comme caractérisant cette affection la marche parallèle vers la guérison de l'intoxication et de la pseudo-paralysie générale elle-même. Si donc mon malade avait été repris par sa famille à ce moment, on aurait pu le croire guéri et de ce fait le considérer comme ayant été atteint d'une pseudo-paralysie saturnine. Presque toutes les observations publiées sous le nom de pseudo-paralysie saturnine ne sont que des observations incomplètes, une page de l'histoire d'un malade et non pas l'histoire tout entière.

Après cette rémission de deux mois, tous les symptômes de la paralysie générale se sont montrés de nouveau. La maladie a suivi la marche ordinaire de la paralysie générale pour aboutir au marasme paralytique et à la mort. L'autopsie a montré dans le cerveau les lésions très nettes et très accusées qui sont considérées comme caractéristiques dans la paralysie générale. A mon avis, la pseudo-paralysie saturnine ne saurait être considérée comme une entité morbide distincte, mais comme une simple période de l'évolution du saturnisme vers la paralysie générale. On ne peut admettre le terme de pseudo-paralysie qu'à la condition de le considérer comme l'expression d'un *diagnostic provisoire.*

M. RÉGIS. — L'observation de M. Vallon n'est pas une observa-

tion de pseudo-paralysie générale saturnine. La vraie paralysie générale est progressive et ne présente que des rémissions simples, tandis que dans la pseudo-paralysie générale saturnine on a affaire à une véritable régression. M. Vallon a dit que ces pseudo-paralytiques ne sont que rémittents et que les malades ne sont pas suivis assez longtemps; or un de mes malades a été observé pendant huit ans.

M. Vallon. — Aucun des cas de pseudo-paralysie générale publiés jusqu'ici n'est assez complet pour permettre de décrire à part une pseudo-paralysie générale saturnine.

M. Bourneville fait une communication sur le *traitement chirurgical et le traitement médico-pédagogique de l'idiotie*. Le *traitement chirurgical* ou la *crâniectomie* a été préconisé par M. le professeur Lannelongue. Sa première opération a été faite le 9 mai 1890, chez une petite âgée de quatre ans. Si l'on en croit M. le Dr Lane (Voir plus loin), l'opération n'était pas nouvelle. M. Lannelongue a communiqué le 30 juin 1890 à l'Académie des sciences une note résumant ses premiers résultats [1]. Suivant lui, il y a trois théories sur la *microcéphalie* (mot générique sous lequel il désigne les formes multiples de l'*idiotie*) : 1° ossification prématurée des sutures (Virchow); — 2° cerveau normal mais réduit (Vogt); — 3° altération fœtale, lésions pathologiques (Bourneville, Hill, Hutchinson). Le but poursuivi par M. Lannelongue, c'est de « donner un nouvel essor au cerveau en affaiblissant la résistance du crâne. » Tout d'abord l'*opération* consistait en une incision à deux travers de doigt de la ligne médiane, sur le côté gauche — 9 centimètres sur 6 millimètres. Puis, M. Lannelongue a modifié le siège et la forme des incisions.

A propos de cette note, M. Verneuil s'est exprimé ainsi : « J'appelle l'attention de l'Académie sur une opération absolument nouvelle qui fait le plus grand honneur au chirurgien distingué qui l'a imaginée, exécutée et menée à bonne fin.

« Il ne s'agit point ici en effet d'une tentative empirique faite au hasard, ni d'une sorte de vivisection humaine comme on en exécute trop souvent de nos jours. La résection partielle des os de la voûte du crâne, opposée à la microcéphalie est une conception tout à fait rationnelle, inspirée par l'anatomie et la physiologie pathologiques, et qui a donné déjà, conformément à l'*à priori théorique*, un résultat fort remarquable. »

Vous verrez tout à l'heure, Messieurs, si les crânes que nous allons faire passer sous vos yeux corroborent l'opinion de M. Verneuil.

Plus tard, M. Lannelongue a publié une note plus étendue. Il

[1] *De la craniectomie dans la microcéphalie*, par M. le professeur Lannelongue. (*Acad. des sciences*, 30 juin 1890, p. 1382.)

maintient son opinion première sur « l'ossification anticipée des sutures » chez les « microcéphales. » Les lésions décrites, hydrocéphalie, sclérose, etc., « coïncident, dit-il, avec la synostose prématurée. » Au point de vue opératoire, il distingue la *crâniectomie linéaire* et la *crâniectomie à lambeaux*. Dans les deux cas, il faut une brèche plus ou moins longue et large de 8 à 10 millimètres[1].

Enfin M. Lannelongue a fait sous le même titre que la note précédente, une communication au *Congrès français de chirurgie*. (31 mars 1891, p. 73.) Cette communication se termine par le résumé suivant :

« Les résultats opératoires ont été les suivants : vingt-cinq opérations, vingt-quatre guérisons; la moyenne des guérisons opératoires a été de dix jours. Une seule mort au bout de quarante-huit heures.... Sur les 24 guérisons, il y a trois suppurations minimes qui ont guéri, deux en quelques jours, la troisième a suppuré trois semaines; dans aucun cas, il n'y a eu de nécrose.

« Le plus jeune de mes opérés a été un garçon de huit mois et le plus âgé avait douze ans et demi. J'ai opéré 13 garçons et 12 filles.

« Parlerais-je maintenant des résultats définitifs? Cela devrait être, car s'il est encourageant de n'avoir à enregistrer pour ainsi dire que des succès opératoires, on ne doit pas oublier qu'on vise un tout autre but. Ce but, on peut le déterminer dans cette formule : Faire rentrer dans la vie commune des sujets voués à l'existence la plus misérable, tant au point de vue intellectuel et moral qu'au point de vue physique. Mais à qui pourrait venir la pensée que ces déshérités de toutes les manières seront régénérés et transformés subitement?

« Mes opérés sont suivis avec toute la sollicitude que je puis y mettre et je possède déjà des documents qui me permettent de dire que le plus grand nombre d'entre eux sont manifestement améliorés. Mais comme beaucoup de ces opérations sont encore récentes, je me borne aujourd'hui à en informer mes confrères en attendant que je puisse livrer intégralement à la publicité les résultats obtenus. »

Près de dix-huit mois se sont écoulés depuis les premières opérations, et il serait très intéressant de connaître exactement la situation actuelle des opérés. Un tableau détaillé des âges, des particularités, du cas, de la date des opérations, du traitement consécutif, etc., ne manquerait pas non plus d'intérêt.

M. Bourneville énumère ensuite un grand nombre de travaux qui ont été publiés sur la craniectomie, depuis la communication de M. Lannelongue.

Bien des fois, continue t-il, nous avons eu l'occasion de publier dans nos Comptes rendus annuels, de 1880 à ce jour, des descrip-

[1] *De la crâniectomie chez les microcéphales, chez les enfants arriérés et chez les jeunes sujets présentant, avec ou sans crises épileptiformes, des troubles moteurs ou psychiques.* (*Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1891, p. 89.)

tions des crânes de nos malades décédés, ainsi que dans nos communications au *Congrès international de médecine mentale* de 1889, à l'*Association française pour l'avancement des sciences* de la même année et au *Congrès des aliénistes* de Rouen. Nous avons insisté plus particulièrement encore sur ce point dans les comptes rendus du service pour 1890 et 1891. Enfin il y a quelques jours, l'un de nos élèves, M. Tacquet, a pris pour sujet de thèse : *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots*. Elle contient la description de vingt-neuf crânes d'idiots appartenant à presque toutes les formes de l'idiotie [1] et d'où il ressort que les sutures ne sont pas ossifiées prématurément.

M. Bourneville montre alors douze crânes d'idiots en donnant des détails sur chacun d'eux.

NOMS	AGE	SEXE	DIAGNOSTIC	ÉTAT DU CRANE
	ans.			
1° Berl.. (1).	14	G.	Idiotie sympt. de tumeurs cérébrales.	Os minces, transparents. — Ecartement considérable des sutures.
2° Blais...	17 1/2	F.	Idiotie sympt. de méningo-encéphalite. Craniectomisée par M. le Dr Petel (de Rouen). Microcéphalie.	Os minces, durs ; persistance des sutures ; plaques transparentes.
3° Bourg(2).	5	G.	Idiotie myxœdémateuse.	Os très minces ; plaques transparentes ; persistance de la fontanelle antérieure et des sutures.
4° Dufou...	3	G.	Idiotie sympt. de méningo-encéphalite.	Os mous, peu épais, plaques transparentes ; sutures persistantes ; les os sont près de se séparer.
5° Louv...	4	G.	Idiotie sympt. de sclérose atrophique.	Os minces ; nombreuses plaques transparentes ; sutures persistantes.
6° Martin.	1 1/2	G.	Idiotie sympt. de méningo-encéphalite.	Os très minces ; en grande partie transparents ; persistance de la fontanelle antérieure et des sutures.
7° Roch...	6	G.	Idiotie symptomatique de *porencéphalie* vraie double.	Os très minces, presque partout transparents ; persistance des sutures.
8° Sal...	4	G.	Idiotie microcéphalique.	Os assez minces ; plaques transparentes ainsi qu'une partie des sutures qui, toutes, persistent ; l'occipital tient à peine aux pariétaux.
9° Sti...	6	G.	Idiotie symptomat. de *méningo-encéphalite*. *Craniectomie* par M. Lannelongue.	Os très minces ; très nombreuses plaques transparentes ; persistance des sutures qui sont en grande partie transparentes.
10° Touch...	3	G.	Idiotie sympt. de *méningo-encéphalite*.	Os peu épais ; plaques transparentes ; sutures persistantes, translucides par places.
11° Viv.. (3).	6	G.	Idiotie sympt. de *porencéphalie*.	Os peu épais ; presque complètement transparents à droite ; sutures persistantes.
12° Wateb...	3 1/2	G.	Idiotie sympt. de méningo-encéphalite.	Os très minces ; plaques transparentes ; sutures persistantes ; les os sont sur le point de se séparer.

(1) Voir son observation détaillée dans le *Compte rendu* de *Bicêtre* pour 1890, p. 41 (avec Morax). — (2) *Ibidem*, pour 1889, p. 73. — (3) Voir son observation complète dans le *Compte rendu* de *Bicêtre* de 1891, p. 96 (avec Sollier). Toutes les autres observations sont inédites.

[1] Voir aussi nos réflexions sur le *traitement de l'hydrocéphalie*, dans le dernier numéro des *Archives de neurologie*, p. 130 (B).

Après avoir insisté sur l'écartement pathologique des sutures chez Berl..., Dufou... et Wateb..., signalé les particularités relatives à la *réossification de la brèche osseuse* chez l'enfant Stif... (*véritable suture dentelée* comme les sutures naturelles), M. Bourneville montre les *photographies* des malades dont il présente les crânes, ainsi que les *photographies de leur cerveau*.

Par opposition à cette première série de cas, M. Bourneville fait voir les photographies prises d'année en année de dix malades atteints de diverses formes d'idiotie et sur lesquelles il est facile de se rendre un compte exact des progrès réalisés. A l'appui encore, il montre les *cahiers scolaires* de quelques-uns d'entre eux. Il insiste particulièrement sur le cas de l'enfant Henri Maz..., qu'il a montré au *Congrès international de médecine mentale* de 1889. Il rappelle qu'à l'entrée dans son service en 1887 — il avait alors quatre ans et demi — il ne marchait ni ne parlait et était gâteux ; qu'à l'époque du Congrès il commençait à se tenir sur les jambes, ne gâtait plus que par moments et prononçait quelques mots et qu'il terminait à son sujet en disant qu'en s'appuyant sur les résultats acquis il espérait que, dans un temps plus ou moins long, Maz..., serait tout à fait propre, marcherait et parlerait[1].

Nos prévisions, dit M. Bourneville, se sont pleinement réalisées : Henri Maz... marche, court et saute, il est tout à fait propre, aide à s'habiller, mange seul; parle de façon à dire le nom de tous les objets et des personnes qui l'environnent; fait de petites phrases, connaît le nom de toutes les parties de son corps, distingue les couleurs, etc., etc.

Cette seconde série de faits conclut M. Bourneville, nous paraît tout à fait démonstrative et en faveur du *traitement médico-pédagogique*.

M. Gilbert-Ballet demande à M. Bourneville s'il a vu un seul cas où le développement du crâne ait été entravé par des synostoses prématurées, complètes, des sutures.

M. Bourneville répond que personnellement il n'a vu aucun cas d'ossification prématurée *de toutes les sutures* chez des idiots, des imbéciles ou des arriérés, mais qu'il y en a dans la science et avec autopsie.

M. Régis pense que la communication de M. Bourneville est d'autant plus importante qu'aujourd'hui la craniectomie est de mode, même en province. Pour sa part, il a eu l'occasion de voir un de ses malades, atteint d'idiotie méningitique, subir la craniectomie sans aucun résultat.

M. Bouchereau. — Je suis absolument convaincu, comme M. Bour-

[1] Voir le *Compte rendu* de Bicêtre de 1890, p. 165 et le volume du *Congrès international*.

neville, de l'inutilité du traitement chirurgical de l'idiotie. Je crois que le traitement hygiénique et pédagogique, tel que l'a institué M. Bourneville à Bicêtre, est celui qui mérite toutes nos préférences. — M. Rouby (de Dôle) cite le cas d'un de ses malades, idiot, et qui fut également trépané sans aucun résultat.

M. Bourneville. — Dans les cas où la craniectomie semble avoir produit des résultats favorables, on a parlé trop vite; il faut attendre un an ou deux, car l'amélioration consécutive à l'opération est tout simplement due à ce qu'on s'occupe plus à ce moment de l'enfant qui vient d'être opéré. Si l'on s'en était occupé autant, *avant l'opération*, il est probable que, le plus souvent, on aurait obtenu les mêmes résultats. Beaucoup d'observations d'idiots craniectomisés sont insuffisantes; il faudrait qu'elles continssent une description complète, très détaillée, de l'enfant, *avant* l'opération et *après* l'opération, au bout d'un an, de deux ans, une nouvelle description détaillée comparée à la précédente.

M. Proust (de Blois) rapporte trois observations, la première est celle d'un homme de cinquante-neuf ans, jusque-là absolument sain, qui présenta coup sur coup deux accès d'*épilepsie* suivis de vomissements d'aliments non digérés. Un autre malade, d'une trentaine d'années a eu trois fois des accès d'épilepsie à intervalles différents et suivis chaque fois du rejet des aliments. La troisième observation est celle d'une femme atteinte de cancer du pylore avec dilatation secondaire de l'estomac, habituée à pratiquer des lavages tièdes et qui, à la suite d'un lavage fait un jour avec de l'eau froide, fut atteinte de contractures généralisées.

M. Thivet (de Blois) regrette qu'on n'ait pu connaître l'hérédité chez ces malades.

M. Gilbert-Ballet. — Kussmaul a signalé des phénomènes de ce genre dans les dilatations énormes de l'estomac : la pathogénie de ces cas est sans doute multiple ; l'auto-intoxication y joue certainement un grand rôle. Pour l'épilepsie gastrique, je ne la crois pas fréquente. Quand un individu a un accès épileptiforme de cette nature, ce n'est pas un accident, mais on peut le considérer comme un épileptique larvé, car il est des cas intermédiaires qui le prouvent.

M. Raymond (de Paris) rappelle aussi le travail de Kussmaül. Dans le premier cas, il regrette que l'examen de l'urine n'ait pu être pratiqué, et rappelle, à propos de l'âge de ce malade, qu'il existe des épilepsies tardives, encore mal connues aujourd'hui et dont l'observation de M. Proust serait peut-être un exemple.

J. Séglas.

Séance du 5 août (soir). — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

M. J. SÉGLAS (de Paris) lit une observation sur un cas d'*hystérie avec automatisme dans la période d'aura des attaques; variations spontanées de la sensibilité et surtout du champ visuel, correspondant aux phénomènes d'automatisme*. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, hystérique avec attaques. Ces attaques présentent cette particularité assez intéressante qu'elles sont toujours précédées par des phénomènes d'automatisme durant parfois plusieurs jours, allant en s'augmentant jusqu'à la production de l'attaque dont elles constituent en quelque sorte la période d'aura, pour disparaître avec elles. « Il me semble, écrit le malade, qu'il y a alors en moi deux personnes, l'une qui agit, marche, parle, mais comme si c'était une autre ; l'autre personne qui regarde agir et faire; mais je ne sais trop laquelle des deux est celle qui souffre. Elles se mêlent de temps en temps et, pendant que j'écris, je suis obligé de m'arrêter souvent sous l'influence de cette fusion qui brouille mes idées; je crois qu'il y a lutte entre elles. »

« Ma tête se vide peu à peu et les idées galopent, galopent sans que j'en puisse retenir une, si je veux la fixer. Je fais un grand effort et j'appelle à l'aide ma seconde personne, l'autre, celle qui regarde agir pour maintenir la première : elle n'est pas toujours victorieuse, hélas!... Je vois mes mains, mes bras, mes pieds se mouvoir comme ceux d'un autre. Tout à l'heure j'ai changé la chaise de place. J'ai vu une main qui tenait un barreau; j'ai eu peur. C'était la mienne et je l'ai regardée fixement sans pouvoir détourner les yeux. J'ai voulu la lâcher, il a fallu que je détournasse avec peine ma vue de dessus pour que mes doigts se détachassent... Le repos me paraît insupportable; je voudrais marcher, aller toujours de l'avant. Je n'ai presque plus conscience de ma personnalité. Le pis est que j'analyse très bien mes sensations, mes émotions et que je m'en effraie et m'en réjouis tour à tour. Enfin il y a en moi un terrible amalgame d'idées, de sensations, de faits, de gestes : je n'explique plus rien...

« ... J'agis toujours et de plus en plus presque inconsciemment... » En même temps existent des hallucinations sensorielles multiples, visuelles, auditives, tactiles, kinesthétiques, génitales, se présentant surtout la nuit, de l'insomnie, de l'inappétence, des vomissements. Pendant cette période, le fonds émotionnel change, le malade devient triste, craint de devenir fou, de mourir, a des idées de suicide. L'attaque survient presque classique, phase épileptoïde très accentuée, arc de cercle, grands mouvements, parfois délire. Elle s'accompagne toujours d'une perte totale de connais-

sance. A sa suite, tous les phénomènes d'automatisme qui ont signalé la période d'aura ont complètement disparu.

Il existe chez le malade des troubles de la sensibilité : zones hyperesthésiques testiculaires, iliaques, sous-mammaire à gauche rachidienne, céphalique. Diminution de la sensibilité cutanée, musculaire, articulaire à droite, rétrécissement du champ visuel.

Il est un fait particulier à noter, c'est que les troubles de la sensibilité présentent des variations spontanées en rapport avec les phénomènes d'automatisme et dans un sens absolument parallèle. C'est ainsi que, au moment des périodes d'automatisme, on voit le champ visuel se rétrécir de 30 ou 40° pour revenir ensuite à la normale après l'attaque. M. Séglas présente, à ce propos, quelques considérations psychologiques et montre que ce parallélisme des symptômes d'automatisme et des troubles anesthésiques n'a rien d'étonnant si l'on considère que les anesthésies hystériques ne sont que des anesthésies par rétrécissement du champ de conscience personnelle, les sensations pouvant toutefois donner lieu à des réactions étrangères à la conscience du sujet, dépendant d'une conscience secondaire automatique. Dès lors il est naturel que les anesthésies, symptôme d'un rétrécissement du champ de conscience, s'augmentent chez un hystérique dans les périodes d'automatisme où la désagrégation psychique, ordinaire chez lui, tient à s'accentuer, car ce sont des phénomènes de même nature.

M. Séglas lit, au nom de M. Chaslin (de Paris), une *note sur une forme distincte de maladie mentale aiguë, la confusion mentale primitive.* M. Chaslin rapporte dans ce travail, l'observation d'un malade du service de M. Deny, à Bicêtre. Les cas de ce genre ne sont pas classés actuellement en France comme forme distincte. Ils devraient l'être pourtant, car cette forme est connue en Allemagne sous le titre de *Werwirrtheit* ou d'*Amentia;* et d'ailleurs elle avait déjà été décrite en France, surtout par M. Delasiauve, sous le nom de *confusion mentale*. La conclusion de la note de M. Chaslin est la suivante :

Il existe une forme de maladie mentale, aiguë ordinairement, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, qui doit être attribuée à l'épuisement rapide et brusque du système nerveux central (très souvent consécutif pour les auteurs les plus récents à l'infection ou à l'auto-intoxication) et qui doit être séparée de ce que l'on appelle « dégénérescence ». C'est une forme intermédiaire entre les psychoses et les folies à lésions accentuées et profondes; elle revêt souvent le caractère d'une véritable maladie, par les phénomènes somatiques, dénutrition, fièvre, qui l'accompagnent. Au point de vue psychique, elle est essentiellement caractérisée par la confusion des idées, par suite de l'affaiblissement et de l'incoordination des processus de l'association des idées, de la perception et de la perception personnelle; elle peut être ou non accompagnée d'hallucinations; d'agitation motrice, ou de dépression, de stupeur;

le ton émotionnel est souvent indifférent ou, au contraire, présente des variations brusques. Elle a la plus grande analogie avec les délires par intoxication chronique. Elle paraît bien mériter le nom de *confusion mentale* sous laquelle elle a été décrite par M. Delasiauve, en ajoutant primitive, afin de la distinguer des formes où il y a aussi confusion, mais secondaire et sur la nature de laquelle on n'est pas fixé.

M. Gilbert-Ballet n'approuve pas le terme de confusion mentale : sans doute, la confusion mentale existe dans bien des cas, tels par exemple que certaines folies puerpérales; mais pour ceux qu'a en vue M. Chaslin, il croit qu'il est inutile de créer un vocable nouveau et de faire une distinction à part, car ils rentrent dans le groupe de faits que Delasiauve a décrits sous le nom de *stupidité*.

M. Charpentier (de Paris) considère que la *confusion mentale* est un syndrome très fréquent consistant surtout dans un manque d'association des processus intellectuels, avec participation de la conscience, angoisse et état vertigineux. On rencontre la confusion mentale au début ou au cours des différentes vésanies et sa disparition annonce en général la convalescence; le vertige épileptique serait en quelque sorte le type de cet état. Les malades qui se plaignent qu'on leur vole leur pensée en sont aussi des exemples.

M. Régis. — Le cas de M. Chaslin pourrait peut-être rentrer dans le cadre de ce que M. Fournier a décrit sous le nom de syphilis pseudo-démente ou torpide : ce diagnostic eût mérité d'être détaillé; je ne vois pas la nécessité de créer une forme à part pour les faits de confusion qui ne sont souvent que des troubles délirants justiciables d'un état de neurasthénie.

M. Séglas. — Je ferai observer à M. Régis qu'il faut tenir compte pour le diagnostic de l'élévation de la température notée chez le malade, qui ne cadre pas avec l'idée d'une syphilis torpide ou pseudo-démente. En ce qui regarde les rapports des troubles délirants avec un état neurasthénique, M. Chaslin les a signalés : il dit même que la confusion mentale est justiciable d'un état d'épuisement rapide et brusque du système nerveux.

Je répondrai à M. Ballet que M. Chaslin ne me semble nullement avoir eu la prétention de donner, ni un mot nouveau, ni une forme nouvelle, car il fait tout l'historique de la question, rappelé que les travaux allemands sur la confusion mentale n'ont fait que retrouver ce qui avait déjà été décrit en France, surtout par M. Delasiauve, sous le nom de confusion mentale, stupidité, chaos. « Je reprendrai, dit M. Chaslin, cette dénomination (confusion mentale) et il me semble opportun de rappeler l'attention sur ces faits connus autrefois, oubliés maintenant en France. »

Les objections de M. Charpentier me semblent prouver qu'il applique le terme de confusion mentale à toute une catégorie de

faits absolument différents de ceux que M. Chaslin a en vue et que les différents auteurs ont signalés, ainsi qu'on le voit, dans l'historique qui accompagne la communication de M. Chaslin. La comparaison n'est, dès lors, pas possible.

M. BOURNEVILLE (de Paris) fait une communication sur le *Tout à l'égout et l'utilisation des matières de vidanges dans les asiles d'aliénés.* Il insiste sur l'utilité de cette étude au point de vue de l'assainissement, de la prompte évacuation des matières usées, dangereuses pour la santé, au point de vue des avantages financiers des asiles. Il rappelle ce qui a été fait dans un grand nombre d'asiles étrangers, décrit l'application faite à Ville-Evrard, à Villers-Cauterets, à la Maison de Nanterre, tentée à Vaucluse, projetée à Villejuif.

M. BOURNEVILLE fait passer sous les yeux des membres du Congrès les plans de ces divers projets, dressés avec le plus grand soin par M. l'ingénieur en chef Bechmann, et par M. Masson, inspecteur de l'assainissement. Il ajoute que sa communication sur une question qui ne ressortit pas de la pathologie et de la clinique mentale, a pour but d'encourager les médecins directeurs des asiles à venir apporter aux futurs congrès des communications sur l'hygiène, l'économie et l'administration des asiles d'aliénés.

Une discussion s'engage à ce sujet entre MM. Samuel Garnier, Doutrebente, Mordret, Mabille et Marie.

M. GIRAUD (de Rouen), en son nom et au nom de M. Malfilâtre, fait une communication sur l'*étiologie de l'aliénation mentale dans la Seine-Inférieure.* Il insiste sur le fait que les points où naissaient le plus d'aliénés correspondaient à la ligne de partage des eaux sur le sommet du plateau.

M. PIERRET (de Lyon) lit une observation de *méningo-encéphalite infectieuse* avec hypothermie survenue à la suite de l'influenza chez une femme indemne de tout antécédent héréditaire.

M. DENY (de Paris) fait part au Congrès de ses recherches sur le *traitement de l'épilepsie par le bromure de strontium.* Ces recherches ont porté sur 7 malades qui ont été soumis successivement pendant un temps égal (7 mois) au traitement par le bromure de potassium, puis par celui de strontium; 5 de ces malades ont bénéficié du traitement, 2 ont eu plus d'attaques. Les doses ont été de 4 à 10 grammes. La tolérance du bromure de strontium est plus grande que celle du bromure de potassium. Avec ce médicament, M. Deny n'a jamais observé d'accidents de bromisme.

M. VALLON (de Paris) a également essayé ce médicament; tous ses malades ont eu plus d'accès qu'avant; il est vrai de dire qu'il s'adressait à un mauvais terrain, car ses malades étaient des épileptiques déments ou imbéciles.

M. MABILLE (de la Rochelle) lit en son nom et au nom de M. Lalle-

mant un travail sur le *Sulfate neutre de Duboisine dans le traitement de l'aliénation mentale.* Les auteurs ont, depuis deux ans, essayé le sulfate neutre de Duboisine dans le traitement de l'aliénation mentale. Ils l'emploient surtout dans les formes maniaques, la méthode d'action étant la méthode hypodermique et les injections ayant lieu quatre heures avant ou après les repas. Les auteurs commencent d'abord par un demi milligramme; le sulfate neutre Duboisine employé provenait de la pharmacie Petit-Mialhe. Ils ne dépassent jamais 3 milligrammes dans les vingt-quatre heures et conseillent de suspendre le traitement au bout de six à sept jours, pour le reprendre au besoin une semaine plus tard. Généralement le calme survient au bout de quelques piqûres et le succès a été obtenu dans 75 p. 100 des cas, principalement chez les femmes excitées. Il est même possible, lorsque l'injection est faite au début de l'excitation, d'arrêter parfois l'accès chez les maniaques intermittents. La dose d'un demi à 1 milligramme produit la sédation, les doses les plus élevées (2 milligrammes), le sommeil. Pour MM. Mabille et Lallemant, le sulfate neutre de Duboisine est un hypnotique excellent et un sédatif puissant. Les résultats sont d'ailleurs conformes à ceux obtenus par Osbermeyer et Lewald.

M. Doutrebente (de Blois) souhaite que le sulfate neutre de Duboisine n'ait pas le sort des autres hypnotiques et sédatifs, vantés chacun à leur tour pour le traitement des maniaques et que l'expérience a montrés bien peu efficaces. Il ne croit pas que ce médicament puisse avoir de l'action sur les périodes maniaques de la folie circulaire.

M. Mabille ne l'a expérimenté que chez des maniaques intermittents simples ayant de temps en temps un état passager de dépression.

M. Marie (d'Évreux) lit une observation d'une femme aliénée hystérique, anorexique, qu'on alimentait à la sonde et chez laquelle le passage de cet instrument provoquait des attaques convulsives.

Le prochain Congrès annuel des Médecins Aliénistes de France et des pays de langue française aura lieu à la Rochelle.

La dernière journée des congressistes a été employée en une visite à Orléans, le samedi 6 août. Nous en empruntons le compte rendu au *Républicain orléanais* des 7 et 8 août.

A 11 heures, les membres du Congrès arrivaient à l'hôpital d'Orléans où ils ont été reçus par le préfet et la Commission des hospices. Après la visite des divers quartiers des aliénés, les membres du Congrès se sont réunis en un banquet offert par le département et les hospices et qui a eu lieu à l'Institut, sous la présidence de M. le préfet Boegner.

Ce banquet comprenait une soixantaine de convives parmi lesquels un certain nombre de dames. Citons MM. Bourneville et Charpentier, médecins en chef de l'hospice de Bicêtre, Dr Giraud, directeur de l'asile public de Saint-Yon, Dr Doutrebente, médecin-direeteur de l'asile de Blois, M. Galoppain, médecin-directeur de l'asile de Fains, M. Adam, médecin-directeur de l'asile de Montdevergues, M. Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans, M. S. Garnier, médecin-directeur de l'asile de Dijon, Dr Thivet, médecin-adjoint de l'asile de Blois, Dr Riu, médecin-directeur de l'asile d'Orléans, Dr Halmagrand, conseiller général, Drs Boullé, Dufour, Luizy, Veillard, Verdureau, M. Transon, conseiller général, MM. Boullé, Lepage, Portalis, Biscara, Coudière, conseillers municipaux, MM. Heurteau, secrétaire général des hospices, Thory, économe, etc., etc.

Au dessert, après l'excellent déjeuner et les bons vins servis par le maître Rigault, — fête gastronomique dont MM. Halmagrand, Portalis et Riu avaient été les aimables organisateurs — M. le préfet a pris la parole et souhaité la bienvenne aux membres du Congrès. Après M. le préfet, M. Boullé, membre de la commission des hospices, a pris la parole en ces termes :

Messieurs,

Je viens à mon tour, au nom de l'administration des hospices, dont je suis le membre le plus ancien, vous remercier de l'intérêt que vous nous avez témoigné et du grand honneur que vous nous avez fait en visitant notre établissement. — Nous espérons que cette visite ne sera pas sans porter ses fruits : croyez d'avance à notre reconnaissance. — En vous dévouant ainsi, au prix de bien des fatigues, au service de l'infortune et de la souffrance, vous faites, Messieurs, une belle et noble chose.

On peut médire de notre siècle, en regretter les entraînements et les erreurs, mais on ne peut méconnaître ce qu'il y a de grand, de généreux dans ses tendances humanitaires. Il est loin de nous le temps où les aliénés étaient laissés dans l'opprobre et l'abandon, vrais parias dont le sentiment public s'écartait avec dégoût. Pour nous, nous estimons qu'ils n'ont pas perdu leur titre d'homme, que s'ils sont déshérités, ils n'en ont que plus de droits à l'intérêt des gens de cœur et à la protection des lois de la solidarité universelle.

Si le sens de l'humanité s'est ainsi développé et épuré, la science de son côté, dans ses manifestations multiples, a fait et ne cesse de faire tous les jours des progrès considérables. Celle dont vous êtes, Messieurs, les représentants les plus éminents, l'étude et le

traitement des affections mentales, n'est pas restée en arrière de ce grand mouvement.

Certes, il ne nous appartient pas à nous, hommes d'administration, de définir ces progrès ni de les apprécier dans leur partie technique et médicale. Mais nous pouvons en juger les effets, constater des résultats que nous voyons, ne fut-ce que l'augmentation des guérisons parmi les malades. Il est d'ailleurs tout un côté qui ne peut nous échapper, qui nous est d'autant moins étranger qu'il dépend pour partie de notre administration, je veux parler du côté matériel, de cet ensemble de soins extérieurs intimement lié aux données scientifiques dans ces graves et délicates questions.

Ici, Messieurs, dans un cadre restreint, nous avons fait ce que nous avons pu faire, et je ne crains pas d'affirmer que depuis quelques années la situation de nos aliénés s'est sensiblement améliorée. J'ajoute, et ce n'est que justice, que cette situation satisfaisante ne fait que s'accentuer sous la direction intelligente du docteur chef actuel de l'établissement. Nous savons apprécier son zèle et les heureuses innovations qu'il a introduites dans les services.

Messieurs, nous formons tous, vous n'en doutez pas, les vœux les plus sincères pour la réussite de la grande œuvre à laquelle vous consacrez vos efforts. Nous nous associons de cœur à la pensée élevée qui vous inspire. Puissent vos conseils être entendus, puissiez-vous aboutir à un résultat conforme à votre sollicitude. Puissions-nous enfin, par vos soins, voir s'adoucir progressivement encore le sort de tant d'infortunés dont le nombre augmente sans cesse, en raison des difficultés et des excitations de la vie moderne, et auxquels la société se trouve forcée de retirer le premier des biens, après la vie, la liberté.

Puis, M. Coudière, au nom de la Municipalité orléanaise, a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

Je suis heureux de saluer, au nom de la ville d'Orléans, les membres du Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française, de véritables amis de la patrie, en même temps que des bienfaiteurs de l'humanité.

Nous sommes fiers, messieurs, de notre dix-neuvième siècle, parce qu'il est le siècle des grandes découvertes; mais nous l'aimons parce qu'il est le siècle de la rénovation sociale, de l'amélioration du sort des petits — le siècle qui, en faisant la grande réforme du traitement des aliénés, a rendu à la société des malheureux jusque-là perdus pour elle !

Il fut un temps (qui n'est pas loin de nous), où — même dans notre France si intelligente pourtant et si généreuse — les infortunés privés de raison étaient plus maltraités que des criminels, voués à la risée ou aux injures, réduits en des cachots infectes à

une condition pire que celle des animaux, quand ils n'étaient pas brûlés comme sorciers!

Grâce à vous, Messieurs, grâce à vos travaux, grâce aux persévérantes recherches, au dévouement infatiguable de ceux qui vous ont précédés depuis moins de cent ans dans la carrière médicale, les aliénés sont aujourd'hui pour nous des frères malades que nous entourons de soins assidus, que nous plaignons plus que les autres! Leur sort présent est adouci et l'espérance leur est rendue!

Vous avez fait beaucoup, Messieurs, l'humanité vous doit un large tribut de reconnaissance; mais vous ne voulez pas vous arrêter en si bon chemin! Vous travaillez toujours! Honneur à vous! Au nom de la ville d'Orléans, au nom de la municipalité, je bois à vos succès! Je bois aux bienfaiteurs des pauvres aliénés!

M. le Dr Giraud, vice-président du Congrès, exprime les remerciements du Congrès vis-à-vis de l'hospitalité orléanaise. Il expose la nécessité du déplacement de l'asile d'Orléans aujourd'hui insuffisant, et qu'il serait nécessaire de remplacer par une colonie médico-agricole qui donnerait aux malades de l'air et de la lumière — les meilleurs agents de guérison.

M. Doutrebente, tout en s'associant au vœu de son collègue M. Giraud, tient à constater néanmoins les améliorations faites à l'asile d'Orléans depuis quelques années grâce à M. le Dr Riu et à l'administration des hospices.

M. le Dr Riu, très flatté de ces compliments, y associe tous les administrateurs des hospices et remercie particulièrement M. Boullé et M. Portalis, ce dernier surtout qui l'a amené, il y a cinq ans, à Orléans, et grâce auquel, à vingt-neuf ans, alors qu'il attendait un poste d'adjoint, il a été installé chef de service. Il croit, lui aussi, à la nécessité du déplacement de l'asile. L'idée fera son chemin, grâce aux efforts de tout le monde: des médecins, des administrateurs, de la presse, et ce progrès, qui semble lointain aujourd'hui, se réalisera peut-être dans un temps assez court.

M. le Dr Bourneville, invité par M. le Préfet à prendre la parole, dit que les choses utiles ont été dites par M. le Dr Giraud. Oui, la reconstruction de l'asile d'aliénés d'Orléans s'impose. Vieilli, trop étroit, insuffisant à tous les points de vue, il ne répond pas aux besoins ni à l'idéal que la science se fait aujourd'hui des asiles d'aliénés. Il insiste énergiquement auprès de M. le préfet et de M. le président de la Commission des hospices pour mener à bien cette entreprise nécessaire.

L'assistance publique et l'enseignement public sont, dit-il, les deux signes auxquels se reconnaît une civilisation véritable, une civilisation républicaine.

« Les malheureux aliénés s'entassent et s'étouffent dans l'asile d'Orléans, alors qu'il leur faut de l'espace, de l'air, le travail agricole, aux champs, dans une liberté aussi grande que le comporte la sécurité publique.

« Ce sont les meilleures conditions pour amener des guérisons de plus en plus nombreuses et pour diminuer d'autant les charges financières des départements.

« M. le Dr Bourneville montre ensuite l'utilité des congrès qui établissent des relations personnelles entre leurs membres, où l'on constate des faits et on échange des idées et où les médecins se mettent en contact avec les administrateurs des départements et avec les corps élus auxquels ils disent ce qu'ils pensent et ce qu'ils désirent dans l'intérêt supérieur des malheureux. Grâce à ce triple avantage des congrès, il en résulte toujours quelque chose d'utile.

« M. le Dr Bourneville insiste sur la nécessité de réformer la loi relative au domicile de secours qui sépare trop souvent les enfants des parents. Pour remédier à ses inconvénients le Conseil général de la Seine a décidé de garder les enfants nés hors le département de la Seine dans ses asiles, moyennant le payement des frais de séjour égaux à ceux que paierait le département à qui incomberait légalement la charge des enfants.

« M. le Dr Bourneville termine en portant la santé de M. le préfet, à un double titre : parce qu'il est un ferme républicain et parce qu'il est né sur la terre d'Alsace que nous considérons toujours comme terre française.

« Il boit également à MM. Boullé et Coudière dont les allocutions ont été celles d'hommes dévoués aux idées de progrès et d'humanité.

M. le Dr Gassot, de Chevilly, a terminé la série des toasts en buvant à l'union constante du corps médical avec les administrations républicaines.

La journée s'est terminée par une visite à Olivet aux sources du Loiret. B.

Les *Archives de Neurologie* inséreront, à l'occasion, toutes les rectifications que les membres du Congrès jugeront utiles de leur adresser.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 30 *mai* 1892. — PRÉSIDENCE DE MM. CH. ROUSSEL ET CHRISTIAN.

Eloge de Baillarger. — M. RITTI, secrétaire général prononce l'éloge de Baillarger.

PRIX : *Prix Esquirol.*— M. SEMELAIGNE donne lecture de son rapport dont les conclusions sont adoptées. Le prix Esquirol est décerné à M. Boissier, interne à Villejuif. Une mention honorable est accordée au mémoire de M. Guérin, ancien interne du même asile.

Prix Moreau (de Tours). — Suivant les conclusions du rapport de M. CHASLIN, le prix Moreau (de Tours) est décerné à M. Marie, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux. Une mention honorable est décernée à MM. Colin, médecin-adjoint à Saintes-Gemmes et Roubinowitch.

Prix Aubanel. — M. SOLLIER, rapporteur, propose de ne pas décerner le prix Aubanel. Une récompense de 800 francs est votée à M. S. Garnier, médecin-directeur de l'asile de Dijon. Pareille somme sera partagée entre MM. Malfilâtre et Nicoulau, co-auteurs d'un même mémoire.

Prix Aubanel à distribuer en 1893. — Des rapports de la paralysie générale avec l'ataxie locomotrice. M. B.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'IDIOTIE[1].

Nous avons donné quelques renseignements sur le traitement chirurgical de l'*idiotie hydrocéphalique* dans le dernier numéro des *Archives;* nous continuons aujourd'hui la publication des documents auxquels il est fait allusion dans le résumé de notre communication au *Congrès de Blois* (p. 316)[2].

[1] Voir n° 70, p. 131.

[2] Notre travail débute par un historique de la question où sont consignées les observations françaises et en tête celles de notre ami le professeur Lannelongue.

§ I. — Craniectomie pratiquée pour soulager les malades atteints d'imbécillité mentale due a la réunion prématurée des sutures et la microcéphalie; par le Dr L.-C. Lane. (*The med. Journ.*, 9 janv. 1892, p. 49.)

Au commencement du mois d'août 1888, je reçus une lettre d'une dame demeurant dans la Californie, me disant qu'elle désirait me consulter à propos de son enfant, âgé de près de neuf mois, qui présentait les signes de l'imbécillité mentale. Au jour indiqué, elle me présenta son enfant. Il était en bonne santé et bien nourri, mais décidément microcéphale.

Le crâne était symétrique et dévié seulement du type normal par la petitesse de son volume. La mère me dit qu'à la naissance les fontanelles antérieures étaient entièrement fermées, et que l'une des postérieures était également presque fermée. La mère voulait spécialement apprendre si le cerveau de l'enfant était sain; et sur l'assurance qu'il n'y avait aucune évidence du contraire, elle demanda si une opération était possible, opération par laquelle le cerveau pourrait se développer; ou, suivant ces propres termes, elle disait : « Ne pouvez-vous pas ouvrir le cerveau de l'enfant pour le laisser s'accroître. » Je répondis qu'une telle opération n'avait jamais été faite, et que si on la pratiquait, ce serait purement une expérience. Je dis en outre qu'elle serait périlleuse et qu'elle pourrait avoir un terme fatal, et que, de plus, l'opération était aventureuse et qu'elle ferait mieux de retourner chez elle et de réfléchir. Elle fit ainsi et au bout de trois semaines revint en disant qu'elle désirait que l'opération fut faite.

L'enfant fut opéré le 28 août 1888, en la présence et avec l'assistance du Dr R.-H. Plummer, professeur d'anatomie au collège médical *Cooper* et du Dr Chas. E. Farnum, professeur d'anatomie. L'anesthésie fut employée. — Une incision fut faite sur le cuir chevelu dans le plan sagittal, du front à l'occiput, et le cuir chevelu étant infléchi latéralement, une ouverture fut faite avec un petit trépan sur le sommet de l'os frontal, de chaque côté du sillon longitudinal supérieur. A travers ces ouvertures, de forts ciseaux émoussés furent introduits et chaque os pariétal divisé antéro-postérieurement. La bande d'os médiane, qui avait un pouce de large et s'étendait de la fontanelle antérieure à la postérieure fut aisément enlevée.

Il y avait de chaque côté du morceau enlevé les sections des os pariétaux restant; de sorte que l'espace enlevé ressemblait entièrement à une croix dont les bras étaient de longueur et de largeur égale. Dans cette ostéotomie pariétale, la dure-mère fut séparée de l'os. Il n'y eut qu'une légère hémorrhagie et la blessure fut fermée au moyen de sutures métalliques.

L'enfant ne vécut que quatorze heures après l'opération, et la mort est due dans une grande mesure à l'effet prolongé de l'anesthésique, qui produisit une *cyanose*, dont l'enfant ne put jamais revenir.

Ainsi donc, comme on l'a vu, la craniectomie que l'on a essayée comme un moyen de guérir la démence infantile provenant de l'ossification prématurée des sutures et de la microcéphalie qui y concourt, était due à l'inspiration de l'affection maternelle; à la pensée d'une mère s'étendant dans la région de l'inconnu et des choses non encore essayées, à la recherche du soulagement pouvant être apporté à ces petits infortunés.

Un second cas de craniectomie opéré par l'auteur il y a quelques mois sur un enfant microcéphale imbécile, chez lequel la partie enlevée ressemblait à la lettre *H*, a eu de meilleurs résultats. L'enfant vit, et donne des signes non équivoques d'amélioration intellectuelle.

Comme on vient de le dire la craniectomie est à l'essai et quoique l'instrument du chirurgien puisse découvrir le cerveau, il reste pour l'avenir à déterminer jusqu'où son œuvre enlèvera le voile que la microcéphalie étend sur les facultés mentales de l'enfant.

Cette note de M. Lane est curieuse : 1° parce que sa première craniectomie aurait été pratiquée en août 1888, c'est-à-dire près de deux ans avant la première opération de M. Lannelongue; 2° parce qu'elle en rapporte l'idée à « l'affection d'une mère s'étendant dans la région de l'inconnu et des choses non encore essayées ». (Voir p. 346.)

§. II. — La craniectomie pour la microcéphalie; par Keen. (*Medical News*, 29 novembre 1891, p. 557.)

L'opération que je me propose de faire prochainement, est la première de son espèce qui, autant que je sache, ait été accomplie dans ce pays. Elle n'a été faite que deux fois en Europe, par le Dr Lannelongue (de Paris). (M. Keen donne un résumé de ces cas.) L'histoire du cas que je suis sur le point d'opérer est la suivante :

M... (E.), âgée de quatre ans et sept mois, fut d'abord examinée par moi le 3 novembre 1890. Trois grands-parents vivent et sont bien portants. La grand'mère paternelle a des glandes scrofuleuses au cou. La mère est âgée de trente-trois ans, le père trente-cinq ans, tous deux se portent bien. Elle a une sœur âgée de neuf ans, bien portante au physique et au moral. L'enfant malade vint au monde normalement et fut nourrie au sein. A quatre ou cinq mois

elle pesait 25 livres, à quinze mois 40 livres; à trois ans 31 livres et actuellement elle n'en pèse que 30. Elle n'a jamais marché, mais elle a commencé à se tenir sur ses jambes vers l'âge de deux ans. Quand elle eut vingt et un mois elle disait : « bébé gentil» « dodo » et d'autres mots encore, mais depuis lors elle a perdu complètement l'usage de la parole. Il y a deux ans, elle eut vingt-quatre *convulsions* durant la même journée, probablement à la suite de la dentition, qui était tardive; mais ce sont là les seules convulsions qu'elle a eues. Rougeole et coqueluche vers un an, se succédant d'une façon assez rapide.

Etat actuel. — Elle est évidemment bien portante, mais c'est une enfant chétive et peu développée. Ses os sont petits et sa tête est très petite et légèrement prognathe, mal développée, surtout dans la région frontale et occipitale. Deux photographies, l'une prise à vingt et un mois, l'autre il y a une semaine, montrent la plus grande différence d'expression, la première étant celle d'un enfant brillant et intelligent, la seconde montrant une face d'idiote. Pas de contractures ni de paralysie. Elle remue constamment et se tord les mains, mais ce n'est certainement pas la douleur qui lui fait faire ces mouvements.

Sa force de raisonnement est difficile à déterminer car elle est toujours en mouvement et l'intelligence fait défaut. Sa mère croit qu'elle la reconnait ainsi que son père et sa sœur. Elle fait quelque peu attention aux étrangers, mais remarque peu les autres choses. Elle paraît contente d'avoir son chapeau sur la tête, car elle sait que c'est pour elle le signe qu'elle va sortir. Toutes les sutures sont fermées. La fontanelle antérieure, qui existait à la naissance, est entièrement fermée. La percussion donne un bruit uniforme sur toute la surface du crâne, et n'est pas douloureuse. De temps en temps l'enfant a des envies de dormir ; plusieurs fois par jour sa tête tombe et elle s'endort presque, mais se réveille aussitôt, aussi bien qu'auparavant. Ces crises, *chutes* de sommeil, durent deux ou trois secondes. Son intelligence varie considérablement ; parfois elle est plus éveillée que dans d'autres moments.

Mensurations. — *Taille :* 92cm,5 (36 p. 3/8). Périmètre thoracique : 50 cm. (19 p. 5/8).

Tête :

Diamètre antéro-postérieur.	15cm,3 (6 p. 1/16);
— bi-pariétal. . . .	11cm,3 (4 p. 1/2);
— bi-auriculaire . .	11cm,6 (4 p. 9/16);
— bi-frontal	9cm,5 (5 p. 3/4) ;
Circonférence de la tête. .	43c,5 (17 p. 1/8).

Les deux côtés de la tête sont de dimensions égales. La tête est très petite, ayant environ la dimension de celle d'un enfant de onze à douze mois.

Le résultat de l'examen des yeux, qui fut fait par mon ami, le Dr Hensell, est le suivant : « L'examen fut difficile et se prolongea à cause du mouvement constant des mains et des bras, et le défaut d'intelligence était loin d'aider dans ce cas. Les pupilles répondaient à la lumière et étaient en rapport, celle d'un œil répondant en contraction et en dilatation à l'exposition alternative à la lumière et à l'obscurité. Le fond de l'œil, les nerfs optiques sont de bonne couleur. Le louchement interne, qui, dit-on, arrivait quelquefois, avait disparu. La malade semble avoir une bonne vue. »

La cause inhérente de la microcéphalie nous échappe. Autrefois on supposait qu'elle devait être due à l'ossification prématurée des sutures du crâne, mais l'examen de plusieurs crânes semblables a démontré que, si quelquefois cette ossification peut être la cause déterminante, il y avait cependant, dans les cas observés, rien d'anormal dans le développement des os du crâne. D'un autre côté, nous savons que le développement du crâne augmente avec celui du cerveau et si la force d'accroissement du cerveau est faible, une légère résistance de la part de son enveloppe osseuse peut suffire à l'arrêt de son développement. Avec ces raisonnements, Lannelongue conclut que c'était un procédé rationnel d'essayer d'enlever au moins une partie de la force qui empêchait ce cerveau affaibli d'atteindre un développement plus grand et plus naturel et c'est dans ce but qu'il entreprit de faire son opération.

Il est encore trop tôt pour porter un jugement sur l'opération au point de vue de l'amélioration qu'elle peut amener, car jusqu'ici nous n'avons que le rapport des deux cas de Lannelongue[1]. C'est là une expérience qui me paraît digne d'être tentée.

L'opération elle-même. si elle ne donne pas le résultat espéré, est peu de chose et n'est pas plus dangereuse que la trépanation. Elle n'est naturellement applicable qu'aux enfants.

Je propose de faire l'opération avec de légères modifications. L'incision de Lannelongue fut faite dans le cuir chevelu parallèlement à la ligne de la suture sagittale, commençant en avant de la lambdoïde et s'étendant devant la suture coronale, puis descendant par un angle obtus sur le front, avec un pont d'os à la suture coronale. Au lieu de continuer mon incision en avant du front comme Lannelongue le fit, je ferai une incision courbe dont la convexité sera en arrière et toute entière dans le cuir chevelu. Je soulèverai alors cette languette de peau et couperai l'os au-dessous, évitant ainsi toute cicatrice du front. L'incision faite dans la peau ne sera pas sur la même ligne que celle faite dans l'os, de telle façon que la plaie du crâne se trouvera recouverte par le cuir chevelu. Je ne laisserai pas de pont d'os à la suture coronale.

[1] M. Keen ignorait par conséquent le cas du Dr Lane, résumé plus haut. (B.)

Le but de l'opération est de permettre au cerveau d'avoir si l'on peut dire ses coudées franches pour se développer. J'irai jusque dans les frontales et occipitales de façon que ces lobes, principalement le frontal qui est, peut-être, le siège des facultés intellectuelles, puissent se développer. Comme le crâne devient plus fort et plus dur, il aura encore assez de force pour préserver du danger qui pourrait résulter pour la vie, des coups ordinaires ou d'autres traumatismes. Il est indifférent de s'occuper de quel côté sera faite l'incision, puisque le développement du cerveau est symétrique.

La tête a été moulée et, à différentes époques de la croissance de l'enfant, il sera fait d'autres moulages, afin de déterminer ainsi l'étendue du développement de la tête. Comme le mode ordinaire d'opération du moulage par le plâtre liquide est pour ainsi dire impossible dans le cas présent j'ai proposé la manière suivante : La tête a été rasée et frottée d'huile d'amandes douces. On appliqua sur la tête une mince couche de plâtre de Paris, pour obtenir une surface unie. Par-dessus celle-ci trois ou quatre couches de bandes imbibées de plâtre commun de Paris, comme un bandage « *récurrent* », suivi d'une mince épaisseur de plâtre fin de Paris et ainsi de suite jusqu'à ce que le moulage soit complet. Dans le cas où l'occiput ou le frontal seraient trop proéminents pour empêcher le déplacement du moule, on peut le couper sur ces endroits mêmes avant que le plâtre soit complètement sec, en ayant soin de bien réparer les endroits incisés aussitôt après l'enlèvement du moule. Mais dans le cas présent ceci a été inutile.

Dans les opérations que je fais sur le cerveau, j'emploie de la gaze au lieu d'éponges. Cette gaze est soumise à la vapeur dans l'appareil de Sattegast pendant trois quarts d'heure, sans agents chimiques, préférant ne pas employer de sublimé corrosif dans ces cas-là. Tous les instruments sont bouillis dans l'appareil stérilisateur Schimmelbusch; on conserve l'eau bouillante dans l'appareil pendant l'opération afin qu'un instrument puisse être purifié promptement si cela était nécessaire. On ajoute à l'eau 1 p. 100 de carbonate de soude pour empêcher la rouille des instruments.

J'ai expliqué l'opération aux parents de l'enfant, en leur disant que c'était seulement là un essai, mais que je le considérais comme peu dangereux et capable d'amener une grande amélioration. Sur ces explications ils consentirent à ce que je fisse l'opération.

En pratiquant l'incision du cuir chevelu, parfois il se produit un écoulement de sang inaccoutumé. Les premières fois que j'opérai sur le cuir chevelu, je comprimai la tête au moyen d'une bande étroite d'Esmarch afin d'empêcher l'écoulement du sang, mais c'est inutile. Ceci ajoute à la longueur de l'opération, et je pense qu'on peut facilement arrêter l'hémorrhagie au moyen de la pince hémostatique. Je relève ensuite la peau d'un côté, et j'enlève avec

soin avec un trépan d'un demi-pouce une couronne d'os à la distance à peu près d'un doigt du côté droit de la suture sagittale, de telle façon qu'il n'y a aucun danger de pénétrer dans le sinus longitudinal supérieur. La dure-mère est séparée avec beaucoup de soin de l'os, et mon avis est que, dans ce cas, elle est plus adhérente que d'habitude. L'instrument dont je me sers pour enlever l'os est une paire de « rugine forceps » beaucoup plus courbe que d'ordinaire, et large d'un quart de pouce seulement. En cas d'hémorrhagie de la méningée moyenne, je fais de suite la ligature du vaisseau au moyen d'une aiguille courbe. C'est toujours de cette manière qu'il faut faire la ligature de la partie moyenne de la méninge. Ce vaiseau, qui parcourt une membrane étroite et peu étendue, ne se rétracte pas ni ne se contracte pas comme les autres artères et le sang cesse de couler facilement et spontanément. La malade ayant toutes les chances de guérir, j'opérerai seulement aujourd'hui un côté, réduisant ainsi le danger de la commotion. Je ne cesserai de l'observer; si son état mental ne s'améliore pas, selon mes désirs, j'opérerai ensuite sur l'autre côté. La ligne de l'incision de l'os est maintenant complète et s'étend de trois quarts de pouce en deçà du sommet supra-orbitaire et presque en arrière de l'occipital, mesurant 6 pouces 1/4 de longueur, et un quart de pouce de largeur.

On voit une branche assez grande de l'artère moyenne de la méningée qui traverse l'ouverture. On enlève les pinces et on examine soigneusement la plaie qui ne contient pas de vaisseaux qui coulent. On arrête ordinairement l'hémorrhagie avec des pinces, mais au cas où je vois quelques points d'écoulement de sang j'y ferai un point, désirant arrêter toute hémorrhagie avant la fermeture de la plaie. Le périoste est ensuite enlevé des bords du sillon, de façon qu'il ne le recouvre pas et n'amène la réunion de l'os. On place quelques mèches de crins de cheval dans la plaie, et on les coupe à une longueur suffisante pour prévenir le danger qu'ils ne glissent sous le cuir chevelu. — Au bout de deux ou trois jours, on enlèvera ces crins, à l'exception de 2 ou 3. En recousant la plaie je fais attention d'obtenir une absolue coaptation. La plaie est soigneusement pansée avec de la gaze *stérilisée* et la malade restera couchée sur le côté droit pour favoriser le drainage. Maintenant, messieurs, l'opération est complètement terminée, et nous n'avons plus qu'à attendre les événements. Son état mental a été examiné de près, de façon à pouvoir reconnaître immédiatement s'il s'est produit quelque changement dans son intelligence.

L'opération dura une heure, et me convainquit qu'on pouvait la faire en une demi-heure probablement. L'enfant allait tout à fait bien et les sutures étaient tombées au bout de cinq jours.

§. III. — La craniectomie dans la microcéphalie; par le Dr A. Wirth, professeur de chirurgie à la policlinique de New-York, chirurgien à l'hôpital du Mont-Sinaï. (*Medical Record*, 21 février 1891, p. 233.)

Garçon né à terme, le 2 février 1890, travail normal, sans difformité, pesant environ 6 livres. Premier enfant de parents âgés d'à peu près vingt-cinq ans, tous deux bien portants et développés normalement. La mère remarqua que lorsque son fils avait quatre semaines le battement de la fontanelle antérieure cessa. A part ceci, on n'observa rien d'extraordinaire jusqu'au troisième mois; il eut alors la coqueluche, devint très nerveux, poussant des cris comme s'il souffrait et ne dormant pas. Le médecin qui le soignait, fit remarquer à la mère que l'endroit tendre (fontanelle) situé au sommet de la tête s'était fermé par ossification et que ce dérangement physique était dû à la compression du cerveau. Au mois de juillet on lui administra de la morphine et du chloral pour le faire dormir et cela dura pendant plusieurs mois.

Le 27 septembre à 11 heures 30 du matin, il fut pris d'une *attaque de catalepsie* (?) et resta sans mouvement comme s'il était mort, jusqu'à 1 heure de l'après-midi.

A la suite de cette attaque, les pieds se rentrèrent en dedans (*talipes equino varus*), le pied gauche était plus affecté; la main gauche était aussi plus légèrement repliée. Vers le 21 novembre il s'était amélioré au point que l'on put cesser l'emploi des soporifiques et l'enfant prit immédiatement de l'embonpoint et grandit. Cependant le crâne restait toujours le même.

Le 1er janvier 1891, il fut confié à mes soins grâce à la recommandation du Dr T.-S. Galbraith. A cette époque, il avait l'apparence d'un enfant bien portant de onze mois. La face était grasse et rose, les joues pleines et la physionomie bien ouverte. Le crâne était de petite dimension, de la grandeur de celui d'un enfant ordinaire de deux mois, et terminé en pointe. Par moment les yeux étaient animés de mouvements convulsifs, les pupilles dilatées; ils ne semblaient pas se rendre compte des objets. Le regard était hébété et comme indifférent à tout ce qui se passait autour de lui. Les mouvements des bras et des mains n'étaient pas réguliers lorsqu'il s'agissait de saisir les objets qu'on lui présentait, c'était par saccades qu'il les portait à sa bouche. Chaque fois que le pouce, à la suite d'une de ces manœuvres, pénétrait dans la bouche il y restait et l'enfant le suçait pendant un certain temps jusqu'à ce qu'un mouvement spasmodique vint le déplacer; il cherchait alors à le réintroduire dans la bouche. La poitrine et le ventre, les parties génitales et les cuisses étaient tout à fait normales en apparence, et bien développées. Les jambes, un peu petites, et les deux pieds rentrés en dedans, mais d'une façon moins marquée à droite.

Encouragé par le rapport d'un cas de Lannelongue, travail que je n'avais vu que dans un article du *Medical Record*, j'ai conseillé l'opération et le 7 janvier 1891, je procédai de la façon suivante:

Chloroforme; tête rasée ; précautions antiseptiques. Incision sur la ligne médiane de la base du nez jusqu'au-delà de la protubérance occipitale. La peau du crâne est écartée d'un pouce environ de chaque côté de la ligne médiane ; l'ossification des os du crâne était complète. Pas de cartilage interosseux.

On se servit du petit trépan et deux longues tranchées faites avec la rugine, larges d'un quart de pouce, s'étendant juste au-dessus des yeux jusqu'à la protubérance occipitale, laissant un pont de trois quarts de pouce de large pour protéger le sinus supérieur longitudinal dans toute sa longueur.

Ensuite, à chaque extrémité de ces deux tranchées, j'enlevai sur les côtés un pouce de surface et avec les ciseaux de résection je divisai les pariétaux sur une étendue d'un pouce et demi, à la partie médiane du sommet de la tête, coupant perpendiculairement dans la direction de chaque oreille. J'introduisis ensuite mes quatre doigts en dessous de chaque moitié du crâne mis à découvert et je détachai ces parties de la dure-mère, les soulevant librement et élargissant ainsi d'un pouce chaque tranchée. La dure-mère ne fut pas ouverte. Ligatures au catgut.

Introduction de mèches douces de catgut en guise de drainage de chaque côté, d'avant en arrière, entre le crâne et la dure-mère. Injection au 1/5000e de bichlorure de mercure. Suture de l'enveloppe du crâne sur la ligne médiane avec le catgut. Pansement aseptique. Le malade subit promptement l'action du chloroforme et on cessa de lui en administrer ; on n'eut pas besoin de recourir aux narcotiques. Durée de l'opération : une heure trente minutes. Il revint bien à lui.

Vers le 10 janvier, on remarqua une certaine amélioration intellectuelle. Le huitième jour cela était très marqué. L'enfant remarquait ce qui l'entourait, et ses yeux suivaient le déplacement des objets. Il saisissait ce qu'on lui présentait et dormait sans narcotique. Il mangeait avec appétit. Le dixième jour, on renouvela le pansement, et la plaie se referma par première intention sans aucune suppuration.

Le malade quitta la ville pour retourner chez ses parents le seizième jour après l'opération. Le renversement des pieds est beaucoup moins visible et les mouvements saccadés des mains ne sont plus si bien marqués.

Dans une lettre reçue récemment la mère écrit : « L'enfant s'est beaucoup amélioré. Il s'occupe de tout ce qu'il voit comme tous les autres enfants. C'est là un réel changement à noter chez lui. »

Je l'ai revu un mois après l'opération et ce qui s'était opéré en lui était vraiment surprenant et en tout satisfaisant. Les difformités

des extrémités avaient entièrement disparu, et son intelligence avait augmenté d'une façon notable. Il faisait attention à tout ce qui se passait autour de lui, tenait à la main ce qu'on lui présentait, riait et se comportait comme les enfants d'un développement ordinaire à six ou huit mois. Les pupilles n'étaient plus largement dilatées et semblaient normales. Il mange et dort bien et l'opération a produit chez lui une grande amélioration.

L'opération ne diffère pas de celles déjà faites. Lannelongue, Keen, et d'autres praticiens coupent une tranche d'environ un quart de pouce de largeur, et d'un côté dans une seule opération. Il me semblait que si le cerveau était enfermé par l'ossification prématurée des os du crâne, ceux-ci se détacheraient, se soulèveraient et permettraient ainsi l'entier développement du cerveau.

Si l'opération offrait un avantage même momentané, elle pourrait être répétée. L'expérience seule peut démontrer si l'extension du cerveau permettra aux os du crâne de se développer d'une façon normale.

L'état de ces malades est si malheureux et si déplorable que, à mon avis, l'on peut bien risquer de faire intervenir la chirurgie dans une opération qui peut offrir une certaine espérance d'amélioration.

§ IV. — Craniotomie linéaire (*faussement dénommée : craniectomie*) dans les cas de microcéphalie ; par le Dr W.-W. Keen, professeur de chirurgie, à l'Académie de médecine Jefferson à Philadelphie. (*American journal of med. Sciences*, juin 1891.)

J'ai intitulé ce travail *craniotomie linéaire* au lieu de *craniectomie*, terme proposé par Lannelongue et employé dernièrement par moi-même. L'opération consiste en une longue incision faite sur le crâne, l'ablation d'une partie de la boîte osseuse, car ce n'est simplement qu'accidentellement que le tissu offre une matière dure au lieu d'être douce. La terminaison : « ectomie » signifie habituellement et de droit l'action d'enlever entièrement la partie qui précède cette terminaison : *exempla generis :* Oophorectomie, omphalectomie, néphrectomie, etc. L'ablation du crâne (comme le signifie le mot *craniectomie*) se pratiquant rarement, notre nomenclature s'applique bien aux faits. Le Dr Bauer emploie le mot *craniotomie* à propos de son cas (voir plus loin), mais le mot *trépanation* est, je crois, le terme propre qui s'applique à son opération.

Dans le *Medical News*, du 29 novembre 1890, j'ai publié un cas de *craniotomie linéaire* pour la *microcéphalie*. L'objet de la présente note est de compléter l'histoire de ce cas, d'en relater deux autres que j'ai eus, d'ajouter quelques remarques sur un cas semblable

qui m'a été fourni par les Drs B. Sachs et A.-B. Gerster (de New-York) et d'un autre, identique, communiqué par le Dr J.-C. Mac Clintock, professeur de chirurgie à l'Académie de médecine de Kansas, faisant, avec les deux cas de Lannelongue et celui de Wyeth, huit en tout qui ont été opérés. Je signalerai également deux autres cas pratiqués avant le mien, pour la même maladie et dans la même intention, mais par des méthodes que je ne crois pas devoir être classées comme opérations de craniotomies.

1er Cas. — Pour les débuts de l'histoire voir les *Medical News*, du 29 novembre 1890. Depuis l'opération, cette enfant a éprouvé certainement une amélioration progressive et considérable, mais pas autant que dans le cas de Lannelongue. L'enfant ne crie presque plus, dort mieux, reconnaît une montre quand on la lui présente, observe ce qui se passe autour d'elle se sert de quelques mots par instants, mais pas d'une façon constante. Elle a presque perdu l'habitude de tordre ses mains, si marquée avant l'opération.

1891. 17 *février*. — Une opération absolument semblable à la première fut faite sur cette malade à l'hôpital Jefferson. Un perfectionnement opératoire me permit de la faire en trente-cinq minutes au lieu d'une heure et quart. Au bout de cinq jours, elle allait tout à fait bien. On n'employa pas le drainage.

24 *mars*. — L'enfant va légèrement mieux. Je n'ai pas vu qu'elle ait fait plus de progrès depuis la seconde opération qu'après la première. (Il s'agit de l'enfant dont il est parlé plus haut, § II.)

2e Cas. — K.-K. fille, malade du Dr F.-X. Dercum. — *Etat*, le 23 *mai* 1890. — Elle avait un an la première fois qu'on la fit voir au Dr S. Weir-Mitchell à l'hôpital orthopédique et à l'infirmerie des maladies nerveuse. Très petite, ne fait aucun effort pour marcher ou s'asseoir; les pieds et les mains sont froids, les muscles sont flasques.

Circonférence de la tête. 14 p. 1/4;
Diamètre bi-pariétal. . . 4 p.;
— Occipito-frontal. . 4 p. 1/2.

Secousses du genou légères, sensibilité bonne, pas de *clonus*, pas de rigidité. Fontanelle fermée. Dos du nez très large. Pas de développement des facultés mentales. Ouïe et vue bonnes; ne parle pas du tout; bonne constitution. Urine et défèque sans avertir. Epine dorsale droite. — 5 dents. Turbulence générale se produisant de temps en temps; très gaie d'ordinaire.

Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Ils sont cousins germains. Pas de maladies vénériennes; pas de phthisie dans l'histoire de la famille, excepté qu'une sœur du père a contracté cette maladie. La mère est mariée depuis cinq ans et a deux enfants; notre malade est le plus jeune. Son frère a quatre

ans, il est fort. Il a été élevé au sein, est *hydrocéphale;* circonférence de la tête : 53°,3.

La malade est née à terme. Le travail dura vingt-quatre heures et fut très pénible. Pas de forceps. L'enfant était très petit. Pas de paralysie, mais très faible. On ne trouva pas de fontanelles à la naissance et sa tête n'a pas grossi depuis, son corps cependant a grandi. Elle prit le sein pendant trois mois, et depuis ce temps elle a pris le biberon. Elle eut un coryza qui dura six mois.

Etat le 1er *décembre* (dix-neuf mois). — Ne peut s'asseoir seule, constamment en mouvement, douze dents.

Circonférence de la tête. .		36cm (14 p. 1/4).
Diamètre	bi-pariétal. . .	10cm, 3 (4 p. 1/6);
—	bi-auriculaire. .	10cm, 2;
—	bi-temporal. . .	8cm,3 (3 p. 1/2);
—	occipito-frontal.	11cm, 9 (4 p. 3/4).

Périmètre thoracique : 38cm,2 (15 p. 1/6). — *Taille* : 69cm,8 (37 p. 5). — *Poids* : 12 livres 1/2.

J'ai ajouté, d'après Schrœder, les mensurations normales suivantes : longueur : 50 cent. Tête : diamètre bi-temporal : 8 centimètres; d. bi-pariétal : 9cm,25; d. occipito-frontal : 11cm,75; circ : 34cm,5. Sommet de la tête très proéminent. Elle peut tenir des objets dans ses mains ; mais ne peut manger seule. Contraction modérée des muscles fléchisseurs des deux pieds; les jambes ne sont pas paralysées, pas de secousses du genou, pas de *clonus* des malléoles. Son expression, dans le repos, est celle d'une idiote. Lobe frontal retiré. A eu deux fois des *convulsions* cet été, deux fois l'hiver dernier, chaque fois en même temps que la dentition. Elle a la physionomie d'une idiote précoce. On ne peut fixer son attention que momentanément. La pensée et les yeux se reportent vivement d'une chose sur une autre.

Opération le 3 *décembre* 1890. — On fit une incision d'un pouce sur la gauche de la ligne médiane, parallèle à la suture sagittale. et de 6 pouces de longueur. Une incision courbe fut alors faite partant de l'extrémité antérieure de cette ligne vers le bas, laissant sur le front une cicatrice cachée par les cheveux. On enleva au moyen du trépan un morceau d'os d'un demi-pouce, et de là, antérieurement et postérieurement, on fit un sillon d'un quart de pouce de largeur dans l'os que l'on enleva, s'étendant en dedans d'un pouce au-dessus de l'orbite, et d'un pouce au-dessus et à gauche de l'occiput (Inion). La longueur du sillon était de 5 pouces.

L'hémorrhagie du cuir chevelu fut très légère, beaucoup moins que je ne l'ai constatée chez les adultes. L'os était très mince ; d'un millimètre à un millimètre et demi d'épaisseur; il saigna cependant assez fortement. A la partie concave de la bosse parié-

tale, la dure-mère adhérait fortement au crâne, mais sur tous les autres points elle se détachait facilement. Lorsque l'on introduisait la pointe d'une paire de ciseaux, le morceau d'os se détachait et alors le manche des ciseaux s'abaissait doucement : son simple poids soulevait l'os d'une façon perceptible. Le périoste correspondant à l'os enlevé fut lui-même coupé. La dure-mère n'avait pas été incisée et avait une apparence normale. On plaça dans le sillon quelques mèches de crin de cheval et on pansa la plaie. L'opération dura une demi-heure. Température à la fin de l'opération 36°,6.

13 décembre (10e jour après l'opération). — La plaie était bien cicatrisée, on enleva au bout de cinq jours les points de suture. Pendant les progrès de la cicatrisation, l'enfant montra des variations anormales de température, la plus haute n'atteignit cependant que 38°,3 : on ne put en découvrir la cause apparente. Après avoir gardé l'enfant quelques jours de plus pour s'assurer de sa guérison, on la renvoya chez elle. Les médecins de l'hôpital sont entièrement d'avis qu'elle est plus tranquille; elle se griffe beaucoup moins la tête qu'elle ne le faisait avant l'opération quoique pour moi il y ait peu de différence.

1891. 2 *mars*. — Les facultés mentales de l'enfant se sont en général beaucoup améliorées, mais pas aussi rapidement que je l'aurais espéré. En conséquence aujourd'hui j'ai pratiqué une *crânionomie linéaire de l'autre côté de la tête* absolument de la même manière que la première fois. L'opération fut terminée en vingt minutes avec les nouveaux instruments.

24 *mars*. — Le soir de l'opération sa température s'éleva subitement à 40°,3', tombant en quatre jours à une température normale. L'élévation subite de température fut trop grande pour être attribuée à l'opération. La vraie cause fut bientôt découverte; elle provenait d'un désordre intestinal prononcé qui avait commencé la veille de l'opération; ce fait ne m'avait pas été communiqué par la mère. On ne se servit pas de drains, la plaie se comporta bien et on put enlever les points de suture le cinquième jour. La marche de la guérison est identique à celle du premier cas.

3e Cas. — J.-L. H., garçon âgé de seize mois, vu le 10 janvier 1891. Pendant le cinquième mois de la grossesse, la mère fut très vivement impressionnée par la vue d'un enfant mort d'un de ses amis; le septième mois elle faillit être écrasée et eut une grande frayeur. — Le travail fut normal et dura trois heures; pas de forceps. L'enfant pesait de 7 à 8 livres. La fontanelle antérieure était très petite à la naissance et se ferma vers le septième mois. L'enfant fut nourri au sein pendant trois semaines, et ensuite au biberon. Vers trois semaines, six semaines, trois mois, il eut plusieurs *attaques de convulsions*. A l'âge de douze mois, il était très

maussade et devint irritable; depuis quelque temps, il l'était devenu beaucoup moins jusqu'à son accident récent qu'on attribue à sa dentition. Les parents disent qu'il eut le teint violacé pendant un an, mais le Dr S. Sirker, son médecin, m'a dit que cette couleur particulière n'était pas due à un *foramen ovale* persistant, mais à une pigmentation constante et très marquée de la peau provenant de la mauvaise circulation du sang. L'enfant a eu des attaques provenant de ce mauvais état de circulation, mais elles ont considérablement diminué dans ces derniers temps. Il était également sujet à des accès de mélancolie apparente et d'agitation continuelle qui durait un ou deux jours.

Etat actuel. 10 *janvier* 1891. — L'enfant vient bien et se porte bien en apparence; aucune contracture ni autre difformité autre que celle de la tête. Vu de face, le crâne est visiblement conique, la face large, le sommet de la tête est étroit et arqué.

Circonférence sur la tête rasée.	38cm (15 pouces).
Diamètre occipito frontal . . .	13cm,5 (5 pouces 5/16);
— bi-pariétal	9cm,8 (3 pouces 7/8);
— bi-temporal.	8cm,6 (3 pouces 7/16).

L'enfant se roule tout le temps, n'a jamais essayé de se tenir debout; il tombe si on ne le tient pas, et peut à peine tenir sa tête droite. Il n'a jamais parlé. Il remue ses membres, mais d'une façon indolente; il pleure un peu et dort mal. Sa tête et ses yeux sont d'ordinaire tournés à gauche et en haut, excepté dans ses accès de mélancolie où ils se tournent à droite. Son père dit à ce sujet qu'*il se contourne sur lui-même par instant.*

Ses accès ne sont pas épileptiformes. Il baille fréquemment. On peut fixer son attention mais avec difficulté, et pour un moment seulement. Lorsqu'on lui rase la tête on voit très bien le large sillon situé derrière la suture coronale et l'occiput s'avance en arrière plus que normalement.

Opération le 16 *janvier.* — Comme la circulation chez l'enfant avait été à plusieurs reprises défectueuse, je pensai qu'on devait apporter un soin spécial à l'administration de l'anesthésique; aussi je demandai au Dr Coplin d'administrer l'éther, à cause de la grande expérience qu'il a acquise à l'hôpital Jefferson.

D'après la même méthode que je suivis dans mes premiers cas, je fis un sillon de trois quarts de pouce sur la gauche de la ligne médiane, partant d'un point situé à trois quarts de pouce au-dessus de la partie supra-orbitale; et allant en arrière près de l'occiput.

La longueur du sillon était de 6 pouces 3/8. Pour inciser l'os je me servis d'une paire de pinces inventées par moi pour ce genre d'opération, et qui répondirent admirablement à mon attente, de sorte qu'au lieu d'employer une heure un quart comme dans mon premier cas et cinquante minutes comme dans mon second, je

fis l'opération en trente minutes. L'os saigna bien, mais non d'une façon alarmante et l'hémorrhagie s'arrêta spontanément.

Aucun autre incident ne se produisit dans le cours de l'opération, si ce n'est que la respiration de l'enfant fut assez précipitée pendant un moment et qu'il eut en même temps une légère attaque visible de convulsions. On constata un tremblement des extrémités pendant l'opération. Il ne fut jamais complètement anesthésié. Peu après l'opération je laissai l'enfant dans son lit à la garde d'une infirmière et de sa mère. Il était légèrement pâle mais moins qu'on aurait pu s'y attendre après une opération et rien d'inquiétant ne se manifestait du côté de la respiration et du pouls. Le Dr Taylor ne quitta la maison qu'une heure après l'opération, lorsque le pouls et la respiration de l'enfant ne lui inspirèrent plus de crainte. Une heure et quart après l'enfant poussa quelques soupirs convulsifs et *mourut instantanément*, probablement d'une affection cardiaque. Il n'avait pas repris connaissance depuis l'opération. Aucune *autopsie* ne put être faite en dépit des plus grands efforts.

Cas IV. (Gerster et Sachs.) — A. F..., fille âgée de quatre ans et demi; accouchement normal; premier enfant; commença à marcher à deux ans et à trois ans à dire quelques mots; mais elle savait les employer à propos. A treize mois, rougeole. A quinze mois, deux attaques distinctes de *convulsions*, sans paralysie. D'autres *attaques* se déclarèrent à vingt-deux et vingt-neuf mois; aucune depuis. Après ces attaques elle devint plus idiote; elle oublia son petit vocabulaire, devint instable, maussade et facilement irritable; dormait peu. Les fontanelles avaient disparu. Les mensurations prises sur la tête rasée étaient :

Circonférence	31 cent.
Diamètre fronto-occipital de la racine du nez à l'occiput.	30 cent.
— bi-auriculaire	32 cent. 1/4

L'enfant fut opérée au chloroforme; la période d'anesthésie ne dura pas plus de cinquante minutes; la *craniotomie linéaire* fut pratiquée du côté gauche, partant en avant de la suture coronale et allant au delà de la suture lambdoïde. L'ouverture faite sur le crâne était demi-circulaire. Le pouls de l'enfant se ralentit aussitôt que le chloroforme commença à agir; elle se réveilla cependant, naturellement. Peu de temps après l'opération elle avait repris ses sens et le pouls était devenu régulier. Sans aucun accident postérieur, l'enfant mourut subitement trois heures et demie après l'opération d'anémie aiguë.

Cas V. — Dans le *New-York med. Record*, du 21 février 1891, le Dr John A. Wyeth a rapporté le cas d'un garçon âgé de onze mois. (Voir plus haut, p. 337.)

Cas VI et VII. — Deux cas rapportés par Lannelongue dans l'*Union médicale* du 8 juillet 1890.

Cas VIII. — Cas du Dr Mac Clintock. (V. p. 350.)

Si l'on considère ces différents cas, on est frappé par ce fait que deux, parmi ces derniers, furent suivis de mort rapide. A mon avis, les enfants atteints d'un développement cérébral aussi faible, accompagné comme dans mon troisième cas d'une circulation défectueuse, sont les moins préparés à subir le choc d'une telle opération. Selon moi, la cause qui a déterminé la mort dans mon cas, était due à une affection cardiaque, et dans les cas de Sachs et de Gerster, elle fut attribuée à une anémie aiguë. Cette mortalité, qui est tout à fait anormale dans les opérations cérébrales ordinaires, nous conduit naturellement à dire aux parents qu'il y a plus de risques certainement que dans un cas ordinaire de trépanation. Quant à moi, je suis d'avis que c'est là une chose plutôt heureuse, car s'il n'est pas possible de secourir de tels enfants, il vaut mieux pour eux la mort qu'une existence aussi misérable.

Nous devons cependant apporter tous nos soins surtout à l'administration des anesthésiques, et abréger autant que possible des opérations de ce genre. Les instruments que j'ai inventés pour ces opérations, répondent certainement beaucoup mieux au but que ceux dont je me suis servi tout d'abord; la preuve est que la dernière opération n'a duré qu'une demi-heure au lieu d'une heure et quart dans la première. Avec mes instruments, il est préférable de couper alternativement un peu à droite et à gauche (dans le sens des orteils pendant la marche), afin d'empêcher le rapprochement des chairs. On remarquera que la branche supérieure de l'instrument est trouée. Cette perforation s'élargit du bord du tranchant vers le haut, de façon que chaque morceau d'os enlevé chasse en dehors celui qui vient d'être détaché. Dans un cas récent de laminectomie spinale, je me servis du même instrument pour enlever les lames vertébrales, et je le trouvai de beaucoup supérieur à tous les autres que j'avais sous la main et que j'avais d'abord essayés. Je n'ai pas encore opéré des deux côtés du crâne et je ne conseillerais pas cette façon d'agir dans un cas de craniotomie.

Il est probable que ce mode d'opération serait très peu sage et augmenterait de beaucoup la mortalité. Reste à savoir si deux opérations latérales seraient plus efficaces qu'une seule pour l'amélioration de tels enfants.

On peut résumer ainsi qu'il suit les résultats heureux apportés à la condition mentale dans ces six cas : le deuxième cas de Lannelongue a été rapporté presque aussitôt, *mais trop vite pour qu'on puisse juger de ses résultats.* De même pour le cas de Mac Clintock. Chez les quatre autres enfants, il ne peut être question d'amélioration, très rapide dans le cas de Lannelongue, plus lente mais sûre dans mon cas et dans celui de Wyeth. Nous avons en consé-

quence, je pense, des raisons suffisantes qui nous encouragent à opérer dans d'autres cas et c'est pour cela, et à cause du résultat fatal obtenu dans deux cas, que j'ai été amené à faire connaître si vite les miens, avant que les résultats définitifs aient été connus. *Cela demandera plusieurs années, et en attendant, nous devons faire connaître les résultats immédiats pour servir de guide dans les autres cas.*

Dans la *clinique des médecins et chirurgiens de Saint-Louis*, d'avril et mai 1890, le Dr Louis Bauër rapporte le cas d'une jeune femme sur laquelle il a pratiqué la craniotomie pour un cas de microcéphalie. On ne donne pas son âge, ni les mensurations de la tête et la date de l'opération. On enleva deux boutons de l'os pariétal droit, et la partie du milieu qui les séparait fut enlevée au ciseau. Le 9 mai, probablement 1890, une seconde opération fut pratiquée du côté opposé. Avant l'opération, on constata une parésie spasmodique des muscles accompagnée d'un fort tremblement qui, après l'opération, avait diminué au point de permettre à la malade d'enfiler une aiguille. On n'a pas de renseignement au sujet de la condition mentale. Elle guérit de sa seconde opération, mais celle-ci est encore trop récente pour qu'on puisse juger des résultats.

Dans *The Medical News* du 3 janvier 1891, le Dr Trimble (de Baltimore) rapporte le cas d'un enfant âgé de trois ans, auquel il fit l'opération du trépan le 8 novembre 1890. Il enleva sur le côté droit de la ligne médiane, deux boutons d'os, d'un pouce de diamètre et un troisième d'un demi-pouce, de telle sorte que l'ouverture mesurait 2 pouces et demi de longueur sur 1 pouce de largeur. Le 6 décembre 1890 on nota quelque amélioration.

Je n'ai pas compris ce cas sous le titre de craniotomie linéaire, car il me semble que ce sont là de simples cas de trépanation pratiquée pour la microcéphalie et l'idiotie, comme l'ont fait déjà Fuller et d'autres praticiens. La différence essentielle entre la trépanation et la craniotomie linéaire, est celle-ci : dans la craniotomie linéaire on se propose d'enlever du crâne la largeur d'un sillon entier, pour ainsi dire, tandis que dans la trépanation, pour les cas cités plus haut, on a simplement enlevé deux boutons d'os et le pont qui les reliait ; on a ainsi produit une différence dans la pression du crâne sur le cerveau et simplement au point de trépanation ; on a ainsi permis au cerveau lui-même une plus grande extension. Quant aux résultats obtenus, quoique dans bien des cas le temps écoulé soit trop court pour nous permettre d'avoir un jugement, il me semble que ces résultats sont les mêmes après la trépanation comme après la craniotomie linéaire elle-même ; c'est sans doute pour cela qu'on se montre indifférent sur cette matière. Mais actuellement cependant, il me semble plus logique de pratiquer la craniotomie que la trépanation.

L'opération de Wyeth ne me paraît pas sage et par cela même

entraîner plus de décès que la simple méthode employée ordinairement. Deux cas ont été déjà suivis de mort; et si l'on fait une double opération, et que les deux côtés du crâne soient forcément séparés, le danger me semblerait beaucoup moins grand, la dure-mère pourrait être facilement déchirée, surtout lorsqu'elle est adhérente comme chez les enfants. De plus, le cerveau ne peut suivre immédiatement l'écartement des os, mais il est certain d'arriver à occuper un espace plus grand, puisqu'on a ainsi favorisé son développement graduel. On arrive plus facilement à ce résultat par mon procédé que par la méthode de Wyeth. Les mêmes remarques s'appliquent au cas de Mac Clintock.

§ V. — Craniotomie linéaire pour la microcéphalie; par le Dr Joseph Ransohoff, professeur d'anatomie et de chirurgie clinique à l'académie médicale d'Ohio. (*The Medical News*, samedi 13 juin 1891, p. 653, vol. LVIII.)

Il n'y a pas encore un an, Lannelongue rapportait deux cas dans lesquels, par l'ablation de deux longs morceaux du crâne, il espérait donner au cerveau des enfants microcéphales plus de place pour se développer. Soit que la *croissance défectueuse* du cerveau soit le résultat d'une *synostose précoce* des sutures crâniennes ou le contraire, les données à considérer sont celles d'un cerveau petit avec capsule bien close résistant au peu d'impulsion de développement que le premier cerveau pourrait posséder. Réduire cette résistance par des procédés chirurgicaux paraît assez logique. L'opération ingénieuse de Lannelongue a pour but de rétablir la tête d'un microcéphale solidement fermée aux conditions infantiles existant avant que la réunion des fontanelles et l'oblitération des sutures se produise. D'après un récent article du Dr Keen (*American Journal of the medical Sciences*, june 1891), il paraîtrait que six cas ont déjà été opérés. Au meeting dernier du Congrès français de chirurgie, M. Lannelongue a rapporté sur 25 cas. Les cas sont encore relativement peu nombreux, et je vais en citer un qui offre un intérêt peu ordinaire :

Emma S..., âgée de trois ans sept mois; elle me fut adressée par le Dr Jenkins (de Newport, Kentucky). Les parents étaient vivants et bien portants, ayant six enfans; l'un d'eux, âgé de seize ans, est *imbécile*. La mère déclare que la tête de l'enfant se referma peu après sa naissance. C'est à ce fait qu'elle attribue son arriération mentale. Actuellement l'enfant est bien formée, en bonne santé, d'un développemment corporel normal, et le teint vermeil. On voit de suite à première vue la dimension relativement petite de la tête et le tiraillement presque continuel des muscles oculaires. La malade est incapable de marcher ou de se tenir sur son séant, même

si on la soutient. Si on l'appuie contre un oreiller, le corps roule d'un côté ou de l'autre. L'enfant ne paraît pas connaître sa mère ni avoir conscience de ce qui se passe autour d'elle. Les plus brillants objets placés devant elle n'attirent pas son attention. Le seul son qu'elle connaît c'est le bruit que fait la cuiller contre le bol de soupe quand on la lui apporte au lit. Quand elle l'entend, elle sort le bout de sa langue et fait des efforts pour sucer. La déglutition se fait avec quelque difficulté et elle vomit une partie de la nourriture. Dans les mouvements incohérents que fait l'enfant de temps en temps, il est visible qu'elle se sert rarement de son bras gauche, et que lorsqu'elle veut saisir ou tirer les rideaux du lit, les mouvements du bras gauche sont bien plus limités que ceux du bras droit. Toutes les heures ou toutes les deux heures, et cela pendant vingt-quatre heures, la salle où l'enfant est placée résonne d'un cri court et aigu que pousse la malade et semblable au cri encéphalique qui précède une attaque d'épilepsie.

La tête est petite et en forme de pain de sucre — type de l'oxycéphale. La suture sagittale se présente elle-même comme une crête solide, distincte, avec un sillon bien défini du côté droit. Durant les progrès de l'ossification le sillon gauche avait recouvert le pariétal droit. Les mensurations prises sont les suivantes : bi-frontal (diamètre) 3 pouces ; bi-pariétal : 4 pouces 6/8; occipito-frontal : 6 pouces ; entre les oreilles : 9 pouces 1/4; de la racine du nez à l'occiput : 10 pouces.

L'opération fut faite le 9 février, au chloroforme. Pansements antiseptiques sur la tête. Application de la bande d'Esmarch autour de la tête pour prévenir l'hémorragie du cuir chevelu. L'incision fut faite parallèlement à la suture sagittale et à un demi-pouce du côté droit de celle-ci, partant de la suture lambdoïde jusqu'à un pouce du niveau orbitaire. Les extrémités antérieures et postérieure étaient courbées extérieurement. Il ne se produisit pas d'hémorrhagie du cuir chevelu. On enleva un morceau d'os suffisant y compris le périoste, et au moyen d'un trépan d'un demi-pouee on enleva un bouton d'os. On coupa également une bande d'os de 3/8ᵉ de large sur 5 pouces 1/2 de long. Il fallut les plus grands soins pour ne pas attaquer la dure-mère aux endroits d'adhérence. L'incision de l'os se fit au-dessous de la peau jusqu'à un demi-pouce de l'orbite. Quoiqu'il y eut une filtration considérable l'hémorrhagie céda bien vite à la compression. On enleva ensuite une bande de périoste correspondant au sillon. On fit les sutures au catgut après y avoir placé des drains de catgut. L'opération depuis le commencement de l'anesthésie jusqu'à la fin dura quarante minutes. La perte de sang éprouvée causa une secousse considérable à la malade. Dans les vingt-quatre heures elle était mieux.

L'opération ne fut pas suivie d'un rétablissement absolument « normal ». Il y eut un peu de suppuration à l'extrémité posté-

rieure de la plaie; cela provenait probablement d'une mèche de catgut imparfaitement stérilisée. La température le troisième et le quatrième jour s'éleva à 103° dans la soirée (39°,4). A l'extrémité postérieure de la plaie se déclara une fistule qui dura plusieurs mois; cependant, la plaie si longue qu'elle fût, se cicatrisa par première intention.

Résultats constatés trois mois et demi après l'opération, avant la sortie du malade de l'hôpital : Les mensurations antéro-postérieures ne montrent aucun changement avec celles prises avant l'opération; les mensurations transversales ont augmenté, bi-pariétal : 1/4 de pouce; bi-frontal : près de 3/8 de pouce; le bi-auriculaire à 9 pouces 3/4.

Quant à l'intellect, l'enfant présente l'intelligence d'une enfant de six mois. Elle suit des yeux les personnes et les choses qui s'agitent devant elle. Elle prend une montre avec une main ou avec l'autre, la gauche possédant une force égale de coordination à celle de la droite. Si on place une montre au-delà du champ visuel, comme, par exemple, sur le côté de l'oreiller, elle cherche avec ses deux mains à s'en saisir. La malade s'amuse seule avec un livre d'images, et quand elle est fatiguée d'en regarder une, elle tourne la page suivante avec difficulté. Elle reconnait sa garde et attire parfois son attention en tirant son tablier, quand elle a le dos tourné. Elle a évidemment sa raison, quoique à l'état naissant. La difficulté de la déglutition a complètement disparu. Ce cri quasi-épileptique qu'elle poussait a cessé de troubler les autres malades de la salle.

Si on la soutient assise sur un oreiller, elle restera ainsi une heure à regarder à droite et à gauche avec un semblant d'intérêt. Les efforts volontaires qu'elle fait pour se lever et pour s'asseoir ne sont pas encore couronnés de succès quoiqu'elle ne réclame qu'un peu d'aide pour cela.

Remarques. — L'amélioration déjà obtenue dans ce cas justifie la valeur de l'opération. Si d'ici six mois on constate un arrêt de développement, il sera nécessaire de répéter du côté gauche la même opération. On a commencé à opérer du côté droit à cause de l'usage apparemment limité du bras gauche. Si l'on est arrivé de cette façon à des résultats brillants, on le constate par la facilité avec laquelle l'enfant se sert aujourd'hui librement de ce membre.

La condition des microcéphales est si déplorable, que l'intervention de la science, ne promettant même que l'ombre du succès, me semble justifiée. Que leur vie soit grandement compromise, je ne le crois pas. Sur 26 cas opérés par Lannelongue, un seul mourut de septicémie, directement dû à l'o-

pération, et deux du croup, un mois ou deux après l'opération. Il est possible, quoique peu probable, que les spasmes laryngiens étaient d'origine méningitique. Les cas de mort, tout compris, ne sont que de 12 p. 100.

Dans l'article cité de Keen, ce praticien rapporte 6 opérations faites en Amérique, en excluant deux qui n'étaient pas réellement des opérations de craniotomie. Sur ce nombre, deux furent fatales — 1 provenant d'affection cardiaque et 1 d'anémie aiguë. Je suis d'avis que la bande d'Esmarch servira grandement à limiter la fatalité de l'une de ces sources, puisque la plupart des hémorrhagies proviennent des vaisseaux divisés du cuir chevelu. Les inspirations de Wyeth conseillant d'opérer des deux côtés de la tête d'un seul coup, et de séparer de ce fait forcément la voûte cranienne de la dure-mère située au-dessous, ne se recommandent pas. Le choc et l'hémorrhagie que ces deux opérations produisent, ne feraient sans doute qu'augmenter le danger immédiat et l'agglomération intra-crânienne du sang ajouterait au danger de l'infection.

§ VI. — Compte rendu d'un cas de craniotomie linéaire pour microcéphalie; par le Dr J.-C. Mac Clintock (de Topeka). (*Journal of nervous and mental diseases*, octobre 1891, p. 645.)

Le Dr J.-C. Mac Clintock de Topeka, dans le *Kansas Medical Journal* pour le mois d'août 1891, rapporte le cas suivant :

Hélène C..., âgée de trois ans et huit mois, ayant l'apparence d'un enfant d'un an, est née avant terme (*huit mois*). La mère dit que le travail fut rapide, naturel et facile, et qu'on n'eut recours à l'emploi d'aucun instrument. Pendant les premières semaines, elle paraissait comme les autres enfants, mais la fontanelle antérieure se ferma de bonne heure, époque à partir de laquelle la portion frontale du crâne ne se développa pas, et l'enfant paraissait idiote. L'effet général de la nutrition ne se produisait pas et la force musculaire ne se développait pas. Elle pouvait à peine lever les mains et les pieds, elle n'avait jamais pu se tenir assise, et sa mère devait s'en occuper constamment et cela depuis sa naissance jusqu'à l'époque actuelle.

La tête était très étroite, le front bas et la face portait une absence complète d'intelligence. La protusion de la paupière droite était sans doute due à l'effort que faisait le cerveau pour s'échapper de son enveloppe cranienne étroite, refoulant vers le bas le plafond orbitaire.

L'enfant prit très bien le chloroforme, et l'opération, d'une façon

aseptique, fut accomplie le 28 mars 1891. On fit une incision partant de « glabelle jusqu'à l'obélion », sur le cuir chevelu. Puis, deux trous de trépan furent faits près de l'angle postéro-supérieur de chaque os pariétal, un de chaque côté du sinus longitudinal; partant de là, on fit une incision rejoignant le point situé immédiatement au-dessus des sourcils, avec l'instrument de Keen, d'un quart de pouce, puis le sillon fut dirigé directement en dehors. On pratiqua ensuite un autre sillon en dehors et en bas, et partant des trous du trépan; ce qui faisait ainsi deux languettes d'os que l'on enleva du bout des doigts, introduits dans le trou du trépan, en baissant et en soulevant, de sorte que le sillon d'un quart de pouce eut la largeur d'un pouce entier de chaque côté, laissant un point d'os de la moitié ou trois quarts de pouce de largeur sur le sinus longitudinal. L'os était très épais; à un endroit du côté gauche, il avait un *quart* ou un *tiers* de pouce d'épaisseur.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie pendant l'opération, si ce n'est un écoulement facile à arrêter par la compression. La dure-mère ne fut pas ouverte. On fit des injections, on plaça des drains de catgut de chaque côté, dépassant aux angles antérieur et postérieur de la plaie, et l'on rapprocha les bords avec des sutures de catgut. On n'employa pas d'antiseptiques. On fit coucher le malade et le lendemain matin la température marquait 103 (39°,4). Le pouls était très rapide. On changea le pansement et on enleva les drains de catgut. Pendant quelques heures, la température resta normale, et au bout d'une semaine, on enleva les pansements, qui avaient été salis par la nourriture renversée sur eux. A cette époque, on remarque une union parfaite sur toute la longueur de l'incision, et deux jours après l'enfant sortait de l'hôpital.

La mère dit que, depuis qu'on a fait l'opération, l'enfant repose mieux qu'avant, elle crie beaucoup moins et nécessite beaucoup moins d'attention et de soins. Elle prend plaisir à étendre ses membres, à exercer ses muscles, à soulever son corps, et lorsque d'autres enfants l'approchent, elle se met à rire et essaie de les attrapper pour jouer avec eux. La paralysie, si apparente avant l'opération, a aujourd'hui presque complètement disparu, de sorte que sa main gauche est presque aussi agile que la droite.

(Ce travail est accompagné de deux figures. Sur la figure 2, prise deux mois après l'opération, on remarque un changement notable chez l'enfant.)

§ VII. — Trépanation pour microcéphalie; par Hayes Agnew. (*University med. Magazine*, oct. 1891.)

Rien ne démontre peut-être davantage l'enthousiasme de la chirurgie moderne que les essais faits pour développer dans les cerveaux des idiots les fonctions intellectuelles.

Le tableau ci-dessous présente sept cas, quatre de garçons et trois de filles, leur âge est de quatre ans sept mois, seize mois, cinq ans, six ans et demi, dix-neuf mois, quatre ans et demi, et deux ans et cinq mois ; quatre sont morts et guérirent. Un des décès ne peut être attribué à juste titre à l'opération, mais bien à une fièvre scarlatine consécutive à celle-ci. Sur les trois cas qui ont guéri, le résultat est le suivant : un est assez satisfaisant au point de vue de l'amélioration ; un autre dans le temps est trop rapproché pour se prononcer, l'autre enfin est *amélioré*. S'il était vrai que dans ces cas, il y avait un développement défectueux du cerveau et du crâne, et que, en conséquence, le développement de l'encéphale était comprimé par la résistance de son enveloppe osseuse, il y aurait là, en théorie au moins, un motif plausible pour faire disparaître cette résistance afin de permettre la croissance du cerveau.

Tel n'est cependant pas le cas. La réunion prématurée des sutures est tout à fait visible, et dans un des cas notés dans le tableau, le cerveau ne remplissait pas complètement la cavité cranienne.

Trépanation pour microcéphalie.

NUMÉROS	OPÉRATEUR	AGE	SEXE	MOTIF de L'OPÉRATION	RÉSULTAT	REMARQUES GÉNÉRALES
1	Keen	4 a. 7 m.	Fille	Imbécillité mentale	Guérison	Amélioration
2	»	16 mois	Garçon	»	Mort	Mort 1 h. 1/4 après l'opération.
3	»	6 ans 1/2	Fille	»	Guérison	Trop récente pour donner des résultats.
4	»	4 a. 6 m.	Garçon	Imbécillité avec athétose	Mort	Mort 4 h. après l'opération.
5	Villard	5 ans	»	»	»	Mort le 3e jour, fièvre scarlatine, portion centrale du cerveau, ventricules latéraux ouverts.
6	Keen	19 mois	Fille	Imbécillité mentale	Guérison	Amélioration modérée.
7	Morrisson	2 a. 5 m.	Garçon	»	»	Amélioration.

Lannelongue rapporte vingt cas de trépanation pour des cas de microcéphalie. La mortalité suivant l'opération fut, il est vrai, très basse, mais les termes dans lesquels on donne les résultats, à savoir : *amélioration générale*, sont vraiment trop vagues pour la logique même du fait.

Je ne crois donc pas que l'excision linéaire, ou craniectomie, pratiquée sur le crâne, pour le développement du cerveau, doive devenir un procédé établi de chirurgie. Quand nous considérons les résultats merveilleux obtenus à l'Hospice de Bicêtre pour l'éducation des idiots et des enfants arriérés, et aussi dans des établissements similaires de notre pays, je crois qu'il serait beaucoup plus sage de reléguer ces types infortunés de l'espèce humaine dans des Ecoles spéciales d'éducation plutôt que de les livrer au *trépan es aux bistouris*. Les seuls cas discutables seraient ceux d'athétose dans lesquels on pourrait espérer quelque amélioration.

Les travaux qui précèdent nous paraissent prêter à quelques considérations critiques.

I. — Les chirurgiens qui ont pratiqué la craniectomie ne se sont pas préoccupés sérieusement, avant d'intervenir, de savoir, par un examen anatomique des crânes, si les *sutures* étaient en réalité soudées chez les idiots plus tôt que chez les enfants sains de même âge. Les uns se sont appuyés sur une opinion émise autrefois par Virchow, non pas à propos de la généralité des *idiots*, mais seulement au sujet d'un groupe, les *microcéphales*, opinion qu'il a, croyons-nous, abandonnée depuis longtemps. Les autres, quoique sachant cette opinion mal fondée n'ont pas hésité à intervenir chirurgicalement. Enfin presque tous, au lieu d'attendre un temps suffisant pour apprécier exactement les résultats *thérapeutiques* obtenus par M. Lannelongue, et tout en critiquant le chirurgien français de sa publication hâtive (Keen), se sont empressés d'opérer et de publier.

II. — Quelques-uns de nos auteurs donnent sur l'état des *fontanelles* des renseignements qui nous semblent sujets à caution. Les parents n'apportent en général, aucune attention à l'occlusion des fontanelles, à l'époque où elle est complète ; c'est là, soit dit en passant, une observation que les médecins devraient leur conseiller. Interrogés, ils répondent sans se douter de l'importance de ce qu'ils disent. Quelquefois les parents, qui n'ont aucune notion anatomique, disent que

C'est là sans doute une pensée chirurgicale « fin de siècle ». Nous la répudions. Les médecins, nous a-t-on enseigné, ont pour mission de guérir, d'améliorer ou de soulager les malades qui leur sont confiés, et non de remplir les fonctions d'exécuteur des hautes-œuvres. Qu'au point de vue social, une loi ordonne la mort des idiots, cela n'est pas notre affaire; nous, médecins, nous céderons la place à M. de Paris.

Mais, cette loi n'existe pas; les médecins conformément aux principes qui leur ont été enseignés, ont cherché à améliorer la situation physique, intellectuelle et morale des arriérés, des imbéciles et des idiots. Et ils y sont parvenus. Que MM. les chirurgiens visitent les asiles consacrés aux Etats-Unis, en Angleterre, etc., au traitement et à l'éducation de ces malheureux; qu'ils lisent les travaux publiés sur cette partie de la pathologie et ils se convaincront que leur intervention n'est pas justifiée dans l'immense majorité des cas.

(*A suivre.*) BOURNEVILLE.

BIBLIOGRAPHIE

VIII. *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots;* par le Dr Ernest TACQUET. Th. Paris, 1892, aux bureaux du *Progrès médical.*

Ce travail, entrepris sous la direction du Dr Bourneville, et basé sur l'examen des nombreux crânes d'idiots du musée de Bicêtre, arrive à son heure pour rappeler un peu aux partisans de la crâniectomie les notions exactes sur cette question, notions qu'ils paraissent, on le croirait du moins, ignorer. Pour pratiquer cette opération ils se basent en effet sur une théorie de Virchow, qui n'était d'ailleurs applicable qu'à certains cas, et à laquelle l'auteur lui-même a renoncé. Des photographies de crânes, dont l'un est crâniectomisé, montrent bien ce qu'il faut penser de cette oblitération prématurée des sutures comme cause d'idiotie. L'auteur aurait pu y joindre les cerveaux contenus dans ces crânes pour nous faire constater les anomalies de développement congénitales et les lésions qu'ils présentent, et que, malgré tous ses mérites, la crâniectomie sera toujours impuissante à corriger.

Des examens pratiqués par l'auteur et dont il nous donne un tableau synoptique très détaillé, on arrive à ces conclusions, que

l'oblitération des sutures du crâne ne se fait pas plus prématurément chez les idiots que chez les sujets sains; que l'arrêt de développement du cerveau n'est, en aucun des cas observés, la conséquence d'un arrêt de développement de la boite osseuse; que la synostose ne se montre pas plus tôt sur la sagittale que sur la coronale et que le plus souvent la synostose commence par le quart inférieur de la coronale alors que l'obélion est libre.

Le fait même que des idiots crâniectomisés sont venus se faire traiter à Bicêtre démontre mieux que toutes les théories l'inanité de la crâniectomie. La seule chance d'amélioration réside dans un traitement médico-pédagogique raisonné. P. S.

IX. *Un mot sur Laënnec* ; par Fr. Guermonprez, Lille, Le Quarré, 1892.

Cette brochure est une apologie justifiée de Laënnec comme professeur de clinique. L'auteur y publie deux lettres du savant médecin où il prouve combien il appréciait les lourdes responsabilités incombrant au professorat. « Laënnec, dit Henri Roger, est, avec Dupuytren, son émule, un des fondateurs de l'anatomie pathologique en France. » M. Guermonprez présente ensuite les différentes façons dont a été jugé Laënnec, notamment par MM. Cornil, Bouillaud, Charcot qui, souvent, dans ses *Leçons*, a cité Laënnec comme un grand observateur, et Chauffard. L'auteur termine enfin cette brochure par une série d'intéressantes citations toutes en l'honneur de ce Breton qui restera une des gloires médicales de la France. Ajoutons que cette notice est accompagnée de gravures représentant la statue de Laënnec par Lequesne, des portraits de Dupuytren, Bouillaud, Charcot et Chauffard et la production du buste de Laënnec de M. Maillard exposé au salon de Paris de cette année. Albin. Rousselet.

X. *Les troubles de la mémoire;* par le Dr Paul Sollier. (*Bibliothèque médicale* Charcot-Debove. Paris, 1892, J. Rueff et Cie, édit.)

L'auteur s'est efforcé de faire une étude médico-psychologique, d'indiquer ce qu'on sait ou croit savoir des amnésies, et plus encore peut-être tout ce qui reste à en connaître, de donner enfin un guide aussi pratique que possible aux observateurs dans l'examen des amnésiques.

Le livre est divisé en deux parties, dont l'une, la première, est consacrée à l'amnésie en général, sa définition, son mécanisme, ses variétés ; et dont l'autre, la seconde, traite des diverses amnésies, progressives, à débuts brusques, et du rôle enfin que peut jouer l'amnésie au cours de plusieurs entités morbides.

M. Sollier a eu pour objectif de donner aux philosophes les indications nécessaires pour étudier les maladies de la mémoire au

point de vue médical, et de donner aux médecins les notions psychologiques indispensables pour les examiner complètement. Aussi, dans l'état actuel de cette question si complexe, devons-nous le féliciter hautement, et de la manière dont il a posé le problème, et surtout de la façon brillante dont il l'a résolu, en dépit des difficultés de tout ordre.

L'exposé psychologique des données que nous possédons sur la mémoire normale, par laquelle il débute, va servir de base aux divisions et aux considérations ultérieures, aussi l'auteur ne craint-il pas d'insister, et de compléter les démonstratious des hypothèses qu'il propose à l'aide de schémas explicatifs, qui permettent de suivre les descriptions, quelle qu'en soit la complexité apparente.

En ce qui concerne le mécanisme des amnésies, M. Sollier expose. successivement quelle est, à son avis, celui de l'amnésie simple, de l'amnésie rétrograde, et de l'amnésie antérograde, en ayant soin, chaque fois qu'il s'aventure dans le domaine de l'hypothèse de prévenir le lecteur des réserves qui conviennent.

Il s'autorise des conceptions qui lui semblent les plus acceptables, pour, après avoir soumis à une analyse critique les diverses classifications qui ont déjà été proposées, notamment par MM. Ribot, Legrand du Saule, Kussmaul, Rouillard, justifier l'ordre nouveau dans lequel il les exposera à son tour. Ce seront d'abord les amnésies générales, puis les amnésies partielles; et, dans chacun de ces grands groupes, il distingue, selon que les amnésies sont systématisées, ou non. Dans les amnésies générales systématisées, il reconnaît l'amnésie simple, rétrograde, antérograde, la paramnésie de localisation, de certitude et la dysmnésie organico-fonctionnelle. Mais avant que d'entrer dans l'étude de chacun des groupes en particulier, il indique la technique en quelque sorte, à laquelle il sera bon de se soumettre pour l'examen des amnésiques.

Dans cette seconde partie du livre règne une distinction capitale, entre les amnésies organiques de la paralysie générale, du saturnisme, de l'alcoolisme, etc., et les amnésies fonctionnelles de l'épilepsie, de l'hystérie, etc. Chaque cas particulier est étudié aux divers points de vue de sa production, de son rôle symptomatique, de son diagnostic, de sa valeur séméiologique tant au point de vue clinique pur, qu'au point de vue médico-légal.

Certes un livre aussi touffu, et aussi riche d'idées originales, prêterait à de nombreuses discussions, et c'est là, à notre avis, encore un de ses mérites que d'inciter à la controverse ; nous préférons, toutefois, nous borner à dire tout le bien que nous pensons de cet excellent ouvrage, qui nous semble appelé à rendre les plus signalés services, tant aux philosophes qu'aux médecins.

Paul Blocq.

XI. *Leçons sur les maladies de la moelle*; par le Dr Pierre Marie. Paris, 1892, G. Masson, éditeur.

Les lecteurs des *Archives de Neurologie* connaissent de longue date la personnalité scientifique de M. Pierre Marie, et en des termes tels, qu'il serait presque superflu d'insister auprès d'eux sur la valeur de l'excellent ouvrage que nous lui devons. Aussi bien, nous suffirait-il d'indiquer ici l'esprit général dans lequel il a été conçu, et les principales matières qui y sont traitées. L'auteur étudie avec un soin particulier l'étiologie et fait une place prépondérante à l'influence qu'acquerraient à cet égard, les maladies infectieuses dans la pathogénie d'un grand nombre de myélopathies qui jusqu'alors paraissaient reconnaître pour origine l'hérédité névropathique.

Aussi, sent-on, en toute occasion, cette préoccupation de M. Marie de faire aux microbes la part qui doit leur revenir, à son avis, dans la genèse de diverses affections, où leur rôle ne semblait pas évident jusqu'à présent et de prévoir même que ce rôle ne peut manquer d'acquérir dans le domaine neuropathologique une importance proportionnée à celui qu'ils jouent en pathologie générale. Pour opposée que soit cette manière de voir avec la doctrine de l'influence héréditaire qu'a tant contribué à établir M. le professeur Charcot, qu'il n'est excessif de prétendre qu'on la lui doit toute, elle n'en est pas moins séduisante, au premier abord, par son originalité, et, après la lecture des leçons de M. Marie, par l'ingénieuse logique des arguments dont il se prévaut.

Nous ne saurions nous aventurer sur le terrain de cette grande discussion doctrinale, et, aussi bien, nous aurons assez à faire que d'exposer le contenu seul de ce volume. La plus grande partie en est consacrée d'une part à l'étude des *dégénérations secondaires de la moelle*, d'autre part à celle du *tabes dorsal*. Les autres leçons traitent du *tabes dorsal spasmodique*, de la *paralysie infantile*, de la *sclérose en plaques*, de la *maladie de Friedreich*, des *scléroses combinées*, et de la *sclérose latérale amyotrophique*, en somme de presque toute la pathologie spinale. Parmi les *dégénérations descendantes*, l'auteur distingue celles qui sont consécutives aux lésions du cerveau et celles qui sont entraînées par des altérations de la moelle elle-même. En deux cas, les lésions des faisceaux pyramidaux dominent, mais, lors de lésions de la moelle, il existe, en outre, des dégénérations moins bien connues, portant sur les parties intra-pyramidales des faisceaux médullaires : dégénération du faisceau en virgule de Schültze, dans les cordons postérieurs, dégénération du faisceau intermédiaire du cordon latéral, et d'un fascicule auquel M. Marie propose le nom de *faisceau sulco-marginal descendant*, dans les cordons antéro-latéraux. Les dégénérations ascendantes sont étudiées avec le même soin, et la même clarté,

dans les deux circonstances où elle se présentent : soit à la suite d'altérations du neuraxe, soit après des lésions des racines postérieures. M. Marie justifie pleinement les longs développements où il entre à cet égard, par l'intérêt qui s'attache à la constitution de ces racines, des lésions desquelles dépend une grosse partie de la pathologie médullaire.

Encore qu'il soit original d'un bout à l'autre, nous devons nous borner à signaler le chapitre qui a trait aux dégénérations des nerfs et de la moelle consécutives à une amputation des membres.

M. Marie ne considère comme *tabes spasmodique vrai* que celle des variétés de ce groupe morbide, qui survient dans l'enfance, en raison d'un vice de développement des cordons pyramidaux, et il en donne une description complète. Il étudie ensuite la *sclérose en plaques* dont l'origne infectieuse ne lui paraît pas pouvoir être mise en doute et à l'anatomie-pathologique et à la symptomatologie de laquelle il fait néanmoins une large place.

Puis vient l'étude du *tabes dorsal,* véritable monographie de l'ataxie locomotrice progressive, qui n'occupe pas moins de seize leçons sur trente-huit dont se compose le livre. C'est dire avec quel luxe, luxe qui n'exclut pas la recherche, est exposée cette importante myélopathie; clinique et anatomie-pathologique ont également bénéficié de l'attention compétente et critique qu'a consacrée M. Marie à tracer de la maladie de Duchenne un tableau aussi complet que bien ordonné. Les diverses théories qui prétendent expliquer la nature de l'affection sont soumises à une discussion approfondie, en même temps que M. Marie s'applique à démontrer que le tabes résulte d'une altération primitive des cellules ganglionnaires périphériques et des ganglions spinaux dont le *primum movens* est la toxine d'origine syphilitique soupçonnée par Strumpell.

L'auteur ne manque pas à l'occasion de la *maladie de Friedriech* qui prend les deux chapitres suivants, de donner son avis motivé sur « l'opinion erronée mise récemment en circulation » par certains auteurs sur la nature purement neurologique de la sclérose spinale dans l'ataxie héréditaire.

Il propose une classification nouvelle des *scléroses combinées*, et, dans d'intéressantes remarques sur la circulation de la moelle, il trouve la démonstration de l'opinion qu'il professe sur l'origine vasculaire de ces scléroses. L'étude de la *paralysie infantile* permet ensuite à M. Marie de revenir en l'étayant sur de nouveaux arguments, sur une conception qu'il a déjà formulée et tendant à identifier cette maladie avec l'hémiplégie cérébrale infantile. L'histoire de la *sclérose latérale amyotrophique* termine le volume : nous y noterons la part que l'auteur accorde aux troubles psychiques dans cette maladie, ainsi que le rôle prodromique que pourrait parfois y jouer la neurasthénie.

La lecture de ce magnifique ouvrage, que facilite encore la présence de nombreuses figures, est rendue agréable par un style aisé en même temps que précis · aussi, tant à ce point de vue, qu'à celui de la méthode anatomo-clinique employée, les leçons de M. Pierre Marie, offrent-elles un air de parenté qui ne manque pas de frapper. Il y a là un témoignage que nous aimons à relever, en faveur d'une *hérédité scientifique*, qui fait également honneur à l'élève et au maître. Paul Blocq.

VARIA.

Les Femmes médecins et les Asiles d'aliénés de l'État.

On annonce que la commission civile de l'Etat de New-York fera passer un examen aux dames canditates, pour l'emploi de médecins dans les asiles d'aliénés de l'Etat, au Capitole, à Albany, le 11 juin. Les canditates doivent résider daus l'Etat, et avoir fait un stage d'une année dans un hôpital ou avoir exercé pendant trois ans (*The New-York Med. Journ.*, 30 mai 1891). Bien qu'il s'agisse là d'un fait un peu ancien, nous le reproduisons par ce qu'il fournit un renseignement intéressant.

La situation des médecins d'asiles a la Nouvelle-Zélande.

Il y a dix ans, la législature de la Nouvelle-Zélande décida que les asiles de cette colonie seraient dirigés par des médecins directeurs qui auraient, avant leur nomination à cette fonction, acquis l'expérience et les connaissances nécessaires dans les asiles.

Je propose de discuter cette motion, en vous recommandant de confirmer cette décision, et de protester à l'avenir contre la nomination de tout médecin qui, désigné pour occuper la place de directeur d'un des asiles de la Nouvelle-Zélande, n'aurait pas au préalable acquis les connaissances voulues pendant son stage de médecin dans quelque grand asile. En outre, comme il est impossible qu'un directeur fasse la besogne, sans l'aide de médecins adjoints, je demande de mettre dans le rapport que chacun des trois grands asiles de cette colonie (Dunedin, plus de 500 malades; Anckland, près de 400 ; Christchurch, près de 400), soit pourvu d'un médecin adjoint *au moins*, afin que les malades ne restent jamais sans médecin, et afin de stimuler en même temps le zèle des médecins,

Dans l'intérêt des malades ces places seraient permanentes. Vous imaginez-vous les commissaires anglais ordonnant au médecin directeur de Colney-Hatch de se rendre à l'asile de West-Riding !!! Les médecins directeurs ont droit à la courtoisie et ne doivent pas courir la colonie comme un constable de police.

Je vous demande également d'insister auprès du Gouvernement pour qu'il accorde l'autorisation de pratiquer les autopsies, à moins d'une opposition de la famille. Le secrétaire colonial sera chargé de demander au Parlement la levée de cet interdit.

Le Dr Morton Manning (*Rapport sur les asiles d'aliénés*) dit que les règlements arrêtés par le gouvernement prescrivent aux directeurs une conduite libérale. Dans la Nouvelle-Zélande, quelles règles existe-t-il au delà de celles d'un agent civil ordinaire? Les appointements seraient égaux aux revenus obtenus par les médecins qui occupent un bon rang dont le district, et les vacances accordées seraient au moins de six semaines chaque année.

Au sujet d'un médecin adjoint supplémentaire, le Dr Kirkbude dit : « Quand le nombre des malades s'élèvera à 250, surtout s'il y a dans une forte proportion des cas récents, on demandera deux médecins-adjoints. »

Le Dr Arlidge dit à propos du même sujet : « On demande un médecin adjoint pour 300 ou 350 maladies chroniques, mais pour des cas récents et chronique tout à la fois (comme dans la Nouvelle-Zélande, on demande pour chaque catégorie un adjoint pour un nombre atteignant de 150 à 200 malades. » *The Satellite of the Annual of the Universal med. Sciences*, du Dr Ch.-E. Sajous, 1890, nov., p. 42.)

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et mutations.* — M. le Dr Broquère, médecin-adjoint à l'asile de Bassens, a été nommé au même emploi à l'asile de Bracqueville (arrêté du 19 juillet). — M. le Dr Colin, médecin-ajoint à l'asile Sainte-Gemmes, est nommé au même emploi à l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), (arrêté du 13 août 1892). — M. le Dr Toulouse est nommé médecin-adjoint à l'asile Sainte-Gemmes (arrêté du 17 juillet). — M. le Dr Paret est nommé médecin-adjoint à l'asile de Bassens.

Belgique. — La Chambre des représentants vient d'adopter à l'unanimité le projet de loi sur l'hypnotisme, modifié par le Sénat au mois de décembre dernier (*Semaine médicale*).

Distinctions honorifiques. — M. le professeur J. M. Charcot a été récemment nommé grand' croix de l'ordre de la Couronne de Roumanie. — Notre collaborateur et ami, M. Gilles de la Tourrette, ancien chef de clinique de M. le professeur Charcot, vient d'être nommé officier d'Académie.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.* — M. Gilbert Ballet, agrégé, a été chargé du cours, de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, pendant le semestre d'été.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le Dr Rémond, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1892-93, d'un cours des maladies mentales.

Faculté de médecine de Berne. — M. le Dr W. Von Speyr, docent de psychiatrie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Berlin. — M. le Dr Siemerling, privat docent de psychiatrie, est nommé professeur extraordinaire.

Faculté de médecine de Halle. — M. le Dr Wollenberg est nommé privat docent de psychiatrie et de neurologie.

Faculté de médecine de Wurzbourg. — M. le Dr Sommer est nommé privat docent de psychiatrie.

Jefferson medical collège de Philadelphie. — M. le Dr F. X. Dercum est nommé professeur de pathologie nerveuse.

New-York Policlinic. — M. le Dr Herter est nommé lecteur d'anatomie et de pathologie du système nerveux.

Les aliénés de la Seine. — Le Conseil général de la Seine a discuté récemment le rapport présenté par M. Deschamps, au nom de la 3e commission, sur un projet de placement familial de certaines catégories de malades internés dans les asiles de la Seine. M. le rapporteur a exposé l'économie du projet et fait ressortir les expériences concluantes, à son avis, faites à l'étranger, notamment en Belgique, dans la colonie familiale de Gheel, ville de 12,000 âmes, où les aliénés, au nombre de 1,800, sont disséminés dans les familles du pays. Après une discussion à laquelle ont pris part MM. Heppenheimer, Rousselle, le directeur des affaires départementales, Levraud, Piperaud, G. Berry, Cattiaux, le préfet de la Seine et Deville, les conclusions du rapport de M. Deschamps invitant l'administration à établir à Dun-sur-Auron (Cher) une première colonie familiale de cent déments séniles exclusivement choisis parmi les inoffensifs ont été adoptées. Un crédit de 75,625 francs est mis à cet effet à la disposition de l'administration (*Prog. méd.*)

— Nos lecteurs ont vu au compte rendu du *Congrès de Blois* la discussion de cette affaire.

Hospitalisation des enfants idiots et épileptiques. — Sur la proposition de M. Régis, la *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux* a adopté, à l'unanimité le vœu suivant, qui a été adressé au préfet de la Gironde. Il est ainsi conçu :

« La *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, sur la proposition de M. Régis, émet le vœu :

« 1° Que l'hospitalisation des enfants idiots, arriérés et épileptiques, destinée à être imposée aux départements par la future loi sur les aliénés, soit organisée dès maintenant dans la Gironde, en raison de son urgente nécessité ;

« 2° Que, dans ce but, un établissement spécial pour les deux sexes, comprenant tous les éléments hygiéniques et pédagogiques usités dans le traitement et l'éducation de ces malades, soit annexé à bref délai à l'un des établissements hospitaliers de Bordeaux : hôpital Saint-André, hôpital des Enfants ou asile des aliénés de Picon. » (*Bull. méd.*). — Comme on le voit, la réforme défendue depuis longtemps avec tant de persistance par notre rédacteur en chef fait chaque jour des progrès. Nos félicitations à M. Régis et à la Société de médecine de Bordeaux.

Prix Baillarger. — Par décret en date du 11 août 1892, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions imposées, le legs fait par le Dr Baillarger, consistant dans la somme nécessaire pour acheter une inscription de rente de 1.000 fr. en 3 p. 100.

Cette rente servira à fonder un prix bisannuel de 2.000 francs qui sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Société d'hypnologie. — Dans la prochaine séance de la Société d'hypnologie et de psychologie, qui aura lieu aujourd'hui 11 juillet, sous la présidence de M. Dumontpallier, à 4 heures et demie. Salon des Sociétés savantes, on pourra s'occuper d'un curieux cas de folie.

Le 10 mai dernier, un sieur L..., qui avait été chargé par son patron d'aller encaisser, boulevard Henri IV, une somme de 7,000 francs, disparaissait et, malgré les recherches les plus actives, on n'avait pu retrouver ses traces. On avait cru qu'il avait été victime d'un guet-apens, il n'en était rien. Voici ce qui était arrivé.

Après avoir encaissé les 7,000 francs, L... avait pris le train à la gare Saint-Lazare et s'était rendu au Havre. Arrivé dans cette ville, il était devenu subitement fou, et comme on n'avait trouvé sur lui aucun papier établissant son identité, il avait été interné dans une maison sous la mention : « Inconnu. »

Les soins qui lui furent prodigués lui ayant rendu la raison, il obtint bientôt son « exeat » et il revint à Paris.

Hier soir, il s'est présenté chez M. Evrard, commissaire de police,

pour se constituer prisonnier. Son patron a été prévenu, mais ayant retrouvé sur L... les 7,000 francs, moins les frais du voyage, il s'est désisté de sa plainte contre son employé. Que pense le Dr Bérillon de ce malade singulier ? (*Matin*, 11 juillet 1892.)

Monument a Duchenne (de Boulogne). — Le conseil général de la Seine a voté une somme de 200 francs pour contribuer à l'érection d'un monument à Duchenne (de Boulogne), à la Salpêtrière, Le syndicat de la presse médicale, sur la proposition de M. le Dr Joffroy a également contribué à cette œuvre. Nous transmettrons à M. le Dr Joffroy les souscriptions que l'on voudra bien nous envoyer.

La température actuelle. — Nous venons de traverser une période de chaleurs exceptionnelles. Les cas d'insolation, tant à Paris qu'en province, ont été nombreux. Dans la journée du 19 août, une des plus chaudes, on a relevé à Paris un certain nombre de cas graves. C'est ainsi que : M. X..., terrassier à la compagnie de l'Ouest, pris subitement de folie sur la voie, par suite d'insolation, s'est enfui chez lui où on l'a trouvé dévorant ses souliers; le malheureux a été transporté à l'infirmerie spéciale de la compagnie.

Mme W..., se promenant à Clichy, a été prise tout à coup d'une fièvre chaude occasionnée par le soleil et s'est jetée à l'eau.

M. C..., qui pêchait à la ligne sur le quai Michelet, à Levallois, a été également pris de folie furieuse et s'est jeté dans la Seine.

Enfin, M. T..., employé au Jardin d'Acclimation, a succombé vers dix heures, à une congestion déterminée par un coup d'insolation.

Exercice illégal de la médecine; le magnétisme. — La Cour d'appel de Lyon vient de décider que la loi de ventôse, relative à l'exercice de la médecine, s'applique à tous ceux qui attirent à eux des malades, en leur faisant concevoir l'espérance d'une guérison; elle ne subordonne, d'ailleurs, l'existence de la contravention qu'elle entend réprimer, ni au mode de traitement employé, ni à l'administration d'aucun médicament; ces dispositions s'étendent manifestement à la pratique de tous les procédés prétendus curatifs (magnétisme, hypnotisme, etc...), alors même qu'ils n'auraient eu d'autre effet que d'agir sur l'imagination des malades.

Cette décision a été prise à propos d'un M. P... qui attirait chez lui des malades, qu'il soumettait, sous prétexte de traitement magnétique, à des pratiques étranges, mais sans administration de médicaments, ce qui lui permettait de prétendre qu'il n'exerçait pas la médecine. L'une de ses clientes, la femme N..., est devenue folle à la suite des passes qu'il lui a fait subir et des propos qu'il lui a tenus.

La Cour n'a pas admis le bizarre système de défense du

sieur P..., et l'a condamné, *bien qu'il ait eu la précaution de se couvrir de la collaboration d'un docteur en médecine* pour légitimer ses pratiques « magnétiques ».

Nous manquons de place pour donner ici les considérants de cet intéressant jugement. Quoi qu'il en soit d'après lui, il résulte que le traitement magnétique (on peut ajouter : l'hypnotisme) constitue, de la part d'une personne non diplômée, une infraction à la loi sur l'exercice de la médecine. C'est, d'ailleurs, la troisième fois que P... est condamné pour le même fait ; il l'avait été déjà en 1887 et 1890.

Un singulier médecin. — Le tribunal de Cassel vient de condamner M. le Dr Wiederhold, directeur d'une maison de santé pour maladies nerveuses à Wilhelmshöhe, à trois mois de prison, pour avoir maltraité violemment et à plusieurs reprises une de ses pensionnaires, sous prétexte que la correction physique était un bon moyen de traitement contre l'hystérie. Ce médecin a sans doute voulu rivaliser avec certains chirurgiens américains — heureusement rares — qui excusent leurs décès dans les cas de craniectomie, en laissant entendre qu'ils débarrassent la Société (p. 345, 349). (B.)

Le spectre du choléra. — De Constantinople au *Petit Parisien :*

« Une frayeur terrible s'empare du Sultan toutes les fois que le choléra éclate dans quelque pays limitrophe de ses Etats.

« C'est grâce à cette terreur et aux mesures extraordinaires qu'il prend dans son empire, dès l'apparition de cette épidémie que Constantinople a été préservé jusqu'ici de ce terrible mal.

« Il est donc bien facile de comprendre l'émotion qui s'est emparée de tout le monde au palais du Yildiz, résidence du sultan, lorsque hier matin, Abdul-Hamid a fait appeler au palais le Scheikh Ul-Islam, chef du culte musulman, pour lui ordonner de faire des prières dans les mosquées, afin que le prophète préservât l'empire et le Sultan de ce redoutable fléau.

« En faisant cette prière au Scheikh-Ul-Islam, le sultan tout ému et pâle, lui dit qu'il avait « vu » pendant la nuit le choléra. « Je l'ai vu, ajoutait-il, de mes propres yeux vu ! »

« Voici ce qu'on raconte à ce sujet. Le Sultan, qui travaille assez tard dans son cabinet, s'étant rendu à une heure après minuit à son harem, a vu un être enveloppé de blanc, couvert d'un suaire errer dans le couloir. Il s'arrêta et croyant que c'était quelque servante du harem, lui donna l'ordre de s'approcher. Mais le fantôme, à l'ébahissement du Sultan, continua sa marche errante et disparut au détour d'un couloir.

« Les eunuques coururent alors pour retrouver le fantôme, mais ils ne trouvèrent personne. L'apparition, comme tout vrai fantôme, s'était évanouie subitement.

« Or, le revenant n'était autre qu'une odalisque somnambule qui se promenait, comme elle a l'habitude de le faire, dans le couloir au bout duquel se trouve sa chambre, où elle était rentrée sans bruit pour regagner son lit.

« Comme personne n'a osé donner le mot de l'énigme au Sultan, afin de ne pas provoquer un ordre désastreux pour la malheureuse odalisque, le Sultan croit toujours avoir vu le sceptre du choléra, et cela lui fait une peur atroce.

« L'odalisque somnambule a été renvoyée immédiatement de Yildiz dans un autre palais, pour que ses excursions nocturnes n'aient plus à l'avenir des résultats aussi fâcheux. » (*Eclair*, 11 juillet 1892.)

Le soleil et la lune. — Un pauvre diable de marchand des quatre saisons, pris de folie, tirait son pantalon hier, au beau milieu du parc Saint-Cloud, se le roulait autour du cou en guise de cravate et se promenait au travers des groupes en criant à tue-tête : « Qui veut voir la lune? Qui veut voir le soleil? »

Il fut malmené assez rudement par deux ou trois pères de famille, puis en fin de compte conduit au commissariat, d'où il a été dirigé sur l'infirmerie de Versailles. (*Eclair*, 28 juin 1892.)

Suicide d'un adolescent. — Un jeune homme de quatorze à quinze ans, nommé Delahaye, entré comme apprenti au service de M. Hartmann, boulanger à Gaillon, s'est donné la mort dans la soirée du 27 janvier. Il avait, dit-on, reçu des reproches de son patron et s'en montra affecté et courroucé. Il monta à sa chambre, emprunta un fusil de chasse à un camarade, s'assit sur son lit, se mit le canon du fusil dans la bouche et fit partir la détente avec son pied; c'est du moins ainsi que le drame a pu être reconstitué d'après la situation du cadavre et la direction du projectile, dont la trace avec les débris de cervelle se voyait au plafond. (*La Vallée de l'Eure*, 4 févr.)

Folie alcoolique. — Un homme grièvement blessé se présentait au poste de l'Opéra : Arrêtez-moi, dit-il, je viens de tuer ma femme..., son cadavre est chez moi, rue Houdon, à Montmartre... Après l'avoir assassinée, j'ai voulu me suicider, je me suis frappé à la gorge d'un coup de couteau, je viens me constituer prisonnier.

On arrêta immédiatement le pseudo-assassin, qui prétendit se nommer Jules H..., pendant que des gardiens de la paix se rendaient dare-dare à la « maison du crime ».

Grand fut leur étonnement en trouvant la victime en excellent état de santé. Elle raconta aux agents que, dans un moment d'accès alcoolique, son mari avait voulu se tuer et s'était enfui aussitôt. H... a été envoyé à l'hôpital Beaujon dans un piteux état. (*Lanterne*, 2 juillet 1892.)

Georges Guinon et J.-B. Charcot.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* Compte rendu du service des enfants idiots épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1890, avec la collaboration de MM. CAMESCASSE, ISCH-WALL, MORAX, RAOULT, SÉGLAS et SOLLIER, 1 fort volume de LX-240 pages, avec 16 figures et 10 planches. — Prix : 6 fr.; pour nos abonnés, prix : 4 fr.

BOURNEVILLE. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'hystérie et l'idiotie.* Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1891, avec la collaboration de MM. BANZET, ISCH-WALL, RAOULT, R. SOREL et P. SOLLIER. Volume in-8° de CVIII-144 pages, avec 2 planches et 13 figures. — Prix : 5 fr. pour nos abonnés, 3 fr. 50.

CHARCOT (J.-M.). — *Leçons du mardi à la Salpêtrière.* Notes de cours de MM. BLIN, CHARCOT et COLIN, *Seconde* édition, 1 vol. in-4° de 502 pages, avec 101 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, 1892. — Aux bureaux du *Progrès médical.* Pour les abonnés des *Archives*, 16 fr.

CHARCOT (J.-M.). — *Clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière.* Leçons du professeur, mémoires, notes et observations des années scolaires 1889-90 et 1890-91, publiés sous la direction de Georges GUINON, chef de clinique, avec la collaboration de MM. GILLES DE LA TOURETTE, BLOCQ, HUET, PARMENTIER, SOUQUES, HALLION, J.-B. CHARCOT et MEIGE. Tome Ier. — Un beau volume de 468 pages, avec 47 figures et 3 planches. — Prix : 12 fr. — Aux bureaux du *Progrès médical.* Pour les abonnés des *Archives*, 8 fr.

SHAW (J.). — *Epitome of mental diseases, with the presents methodes of certification of the Insane, and the Existing Regulations as to « Single Patients », for Practitioners and students.* Volume in-12 de 345 pages. — London, 1892. — *Simpkin, Marshall, Hamilton.*

SOURY (J.). — *Des fonctions du cerveau* (doctrines de l'école italienne et de l'école de Strasbourg). 2° édition, revue et corrigée. — 1 volume in-8° de 464 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 8 fr.; pour nos abonnés : 6 fr.

STEMBO (L.). — *Akromegalie und akromikrie.* Brochure in-8° de 33 pages, avec 2 planches hors texte. — Saint-Pétersbourg, 1891. — *Buchdruckerei von Wienecki.*

SUDNICK (R.). — *Modificaciones cualitativas del Reflejo de la Rodilla.* Brochure in-8° de 14 pages. — Buenos-Ayres, 1892. — *Etablecimiente Grafico de Gunche, Wiebeck y Turtl.*

Le rédacteur-gerant, BOURNEVILLE.

Evreux, Ch. Hérissey, Imp. — 992.

Fig. 1

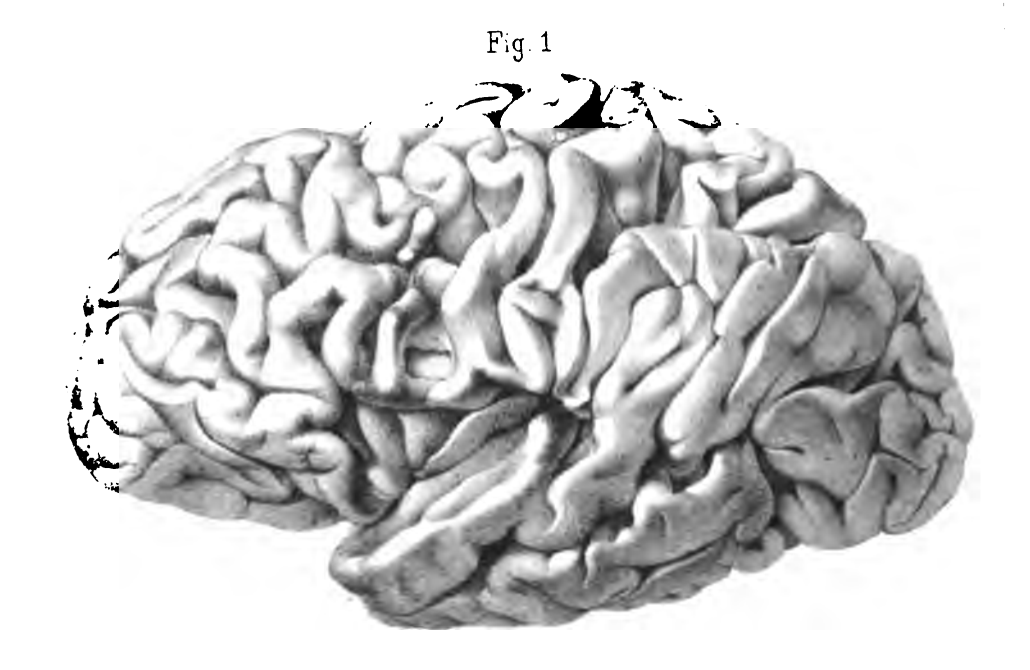


Fig. 2



ıba ad nat de. et lith. Imp Ed Bry Paris

Vol. XXIV. Novembre 1892. N° 72.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE MENTALE

DE L'ONOMATOMANIE (SUITE)[1];

Par MM. CHARCOT et MAGNAN.

IV. — MOTS PRÉSERVATEURS.

Nous venons de voir que sous l'influence du mot compromettant, les onomatomanes finissent par s'efforcer de ne plus penser, évitant de parler, d'écrire, de lire, de regarder, s'éloignent dès qu'ils entendent causer, se confinent chez eux ou, s'ils sortent, ils s'empressent, quand ils le peuvent, de se retirer dans des lieux écartés, loin de toute habitation. Malgré ces nombreuses précautions, le mot compromettant intervient encore et ils recourent pour le conjurer à des moyens variés et fatigants; signes de croix, abandon des vêtements, changement de domicile, etc.

Avec le mot préservateur, ces malheureux déséquilibrés ont momentanément un répit, mais souvent, ils trouvent encore moyen de s'inquiéter et de s'angoisser par l'obligation de répéter un grand nombre de fois

[1] Voy. *Arch. de Neurol.*, n° 29, sept. 1885, p. 157, et n° 70, juillet 1892, p. 1 et n° 71, septembre 1892, p. 161.

soit le mot, soit le mot accompagné d'un mouvement plus ou moins fatigant, qui paraît lui donner plus de force. Ils finissent par être tellement obsédés par l'idée de se protéger ou de protéger les autres que la vie se passe à répéter puérilement les formules ou les mots préservateurs. Les uns emploient un mot insignifiant auquel ils attribuent une influence préservatrice; d'autres mettent à contribution des expressions à caractère favorable; d'autres recourent à une sorte d'oraison jaculatoire (Bonne sainte, protégez-moi. — Jésus souffrant, agonisant, mourant, expirant!) ou de formule cabalistique : (Etoile 13 — bière, linceul, tombeau); d'autres, enfin, à un mot pénible ou funeste, opposent un mot agréable ou préservateur : au mot malheur, par exemple, ils s'empressent de substituer bonheur; à erreur, vérité. Nous verrons encore une malade se hâter anxieusement de substituer le signe graphique *mouton* ou *bœuf* à celui de *chien* qui l'épouvante ou bien l'image réelle du bœuf à celle du chien; l'angoisse ne cesse qu'après cette superposition d'images dans le centre cortical correspondant, la seconde efface l'influence pénible de la première.

Une autre malade est dans l'obligation en terminant un ouvrage de le sceller, en quelque sorte, par un mot (ours, serpent) sans relation aucune avec le travail accompli, c'est une sorte de moyen mnémotechnique, une affirmation qui rassure; sans le mot, tout repos est impossible et le malaise devient si grand qu'il faut finir par prononcer ce mot.

Toutes ces bizarreries, même les plus étranges, sont appréciées à leur juste valeur par le malade, tout à fait conscient de l'absurdité de ses actes; mais l'ob-

session est là, pressante, impérieuse, tyrannique, et le patient, honteux, désolé, mais angoissé, est forcé d'obéir.

OBSERVATION XXIV. — *Dégénérescence mentale. Accès mélancolique. Onomatomanie, formule préservatrice. Crainte du toucher; doute; Arithmomanie.*

L... (Berthe), âgée de quarante-un ans, entre à Sainte-Anne le 16 décembre 1891. La mère très nerveuse avait sans motifs sérieux des accès de désespoir dans lesquels elle se roulait à terre en pleurant; le père est mort hémiplégique. L... a eu une fièvre typhoïde à dix ans et depuis cette époque, elle a présenté à diverses reprises de courtes périodes de tristesse, jusqu'à vingt-deux ans. A cette époque, elle a été prise d'un véritable accès mélancolique avec préoccupations hypochondriaques et tendances au suicide.

Puis se sont montrés plusieurs syndromes épisodiques, l'onomatomanie avec l'idée obsédante de répéter certains mots pour éviter un malheur. En se lavant les mains, elle était forcée de dire « mains divines » en souvenir des mains du divin crucifié, dit-elle; quand elle mettait ses bas elle devait répéter « pieds divins » en souvenir également du Christ, et en se coiffant, elle devait dire : « divine tête couronnée d'épines »; ces souvenirs pieux ainsi exprimés, devaient la préserver, elle et les siens, d'un malheur prochain; parfois encore elle adoptait une sorte de formule préservatrice : « Jésus souffrant, agonisant, mourant, expirant. » Elle se sent, malgré elle, poussée à dire ces mots; il le faut, dit-elle; si elle résiste, elle est énervée, anxieuse, elle a l'estomac contracté, la gorge serrée, elle voudrait parfois ne plus les dire, mais elle est forcée de le faire. Tantôt elle prononce ces mots à haute voix, d'autres fois, elle remue simplement la langue, mais sans émettre de sons, enfin parfois elle voudrait se contenter d'avoir ces phrases présentes à son esprit, mais cela ne suffit pas, il faut qu'elle les prononce, alors seulement elle se sent rassurée et soulagée.

D'autres syndromes épisodiques, la folie du doute, l'arithmomanie, les craintes du toucher, tourmentent la malade tantôt simultanément, d'autres fois à des intervalles éloignés.

Cette malade avait adopté ces formules jaculatoires en rapport avec ses sentiments religieux; toutefois, elle affirme nettement que ces phrases se sont présentées spontanément à son esprit sans qu'elle ait eu à les chercher. Elle ne comprend rien à ces préoccu-

pations étranges et elle a parfaitement conscience du caractère maladif de ces obsessions et de ces impulsions.

Observation XXV. — *Dégénérescence mentale. Folie du doute. Onomatomanie : mots préservateurs. Influence funeste des croix.*

H... (Marie), âgée de vingt-un ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 23 octobre 1888. Son père s'adonne à l'ivrognerie et une de ses sœurs, émotive, a présenté au huitième mois d'une grossesse, une attaque d'éclampsie. Dans son enfance, Marie est intelligente, a une excellente mémoire, fait des progrès à l'école, mais elle ne comprend rien au calcul et tandis qu'elle est une des premières pour l'orthographe, l'histoire, la géographie, etc., elle est la plus faible en arithmétique. A quinze ans, à l'apparition des règles, elle devient irritable, pleure ou rit sans motifs, a des cauchemars la nuit, se réveille parfois en poussant des cris.

A dix-sept ans, elle est prise de doute, le soir, avant de se coucher, elle inspecte les portes, pour s'assurer qu'elles sont bien fermées, fait tourner les clefs dix, quinze fois et se rassure seulement lorsque sa mère consent à venir elle-même visiter la porte et toucher la serrure.

Plus tard, elle est obsédée par l'idée qu'elle doit accomplir plusieurs fois certains actes, ou répéter certains mots préservateurs pour éviter qu'une maladie grave ne vienne frapper l'un de ses parents. Elle se croit obligée de répéter plusieurs fois « M. Nicolas » pour éviter la maladie. Pourquoi ? Elle n'en sait rien, mais elle doit le répéter et lorsqu'elle résiste, elle est prise de palpitations, son visage s'empourpre, son estomac se serre, elle éprouve un très grand malaise, elle s'angoisse, se hâte alors de dire plusieurs fois le mot et elle se sent soulagée. De même, elle a parfois la crainte des voleurs et c'est en répétant plusieurs fois « M. Gaquet » qu'elle se sent protégée, elle et les siens.

Dès qu'elle aperçoit des couteaux ou des fourchettes en croix, elle est vivement émue et s'empresse de les déplacer par crainte de la maladie. Dans la rue, elle fait grande attention sur les trottoirs à ne pas poser le pied perpendiculairement en croix sur la ligne de juxtaposition de deux dalles. Si elle aperçoit des brins de paille ou des morceaux de bois entre-croisés, elle prend mille prétextes pour s'approcher de ces objets et les déplacer, si parfois, elle a le courage de passer outre, elle est forcée, au bout d'un instant, de rebrousser chemin pour retrouver les pailles croisées et les déplacer; elle met à ces recherches une telle attention, qu'elle ne prend garde à rien et qu'elle a failli plusieurs fois être renversée par des voitures.

La déséquilibration mentale de cette dégénérée s'est révélée dès l'enfance par l'inégalité de ses aptitudes : très bonne élève pour les études littéraires, elle ne comprenait absolument rien en arithmétique. Plus tard, interviennent le doute et l'onomatomanie. Ici, c'est un nom propre, indifférent par lui-même, qui s'impose tyranniquement comme agent préservateur.

Observation XXVI. — *Dégénérescence mentale. Onomatomanie; formules préservatrices.*

S... (Albertine), âgée de seize ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 12 juillet 1886. Sa grand'mère paternelle s'est suicidée par submersion et sa tante, la fille de cette dernière, s'est également noyée. Le père est un débile. La mère est aussi d'une faible intelligence.

S... est allée à l'école, mais elle apprenait difficilement et elle sait à peine lire et écrire.

Depuis un an, on s'aperçoit qu'elle touche plusieurs fois le même objet en prononçant quelques paroles à voix basse; parfois même, on la voit s'éloigner ou se retirer dans un coin et prononcer rapidement plusieurs mots. Elle raconte que le plus souvent, elle est forcée de dire « Non, je n'obéirai pas au diable », ou bien « Bonne sainte, protégez-moi ». Ces mots, qu'elle accompagne habituellement d'un mouvement en cercle de la main, ont pour vertu, pense-t-elle, d'éviter des malheurs et de chasser le démon. Quand elle les a prononcés, sa physionomie exprime le contentement, elle se sent soulagée. Lorsqu'elle résiste, qu'elle lutte, qu'elle n'ose pas prononcer ces mots devant des personnes étrangères, elle éprouve un très grand malaise et elle finit par être forcée de le dire à voix basse.

Elle est aussi parfois poussée à toucher les objets, et elle accompagne ce contact d'une de ses phrases habituelles, c'est également pour conjurer le mal. Elle ne se rend pas bien compte de ce que peuvent faire ces contacts, mais elle ne peut pas, dit-elle, agir autrement.

L'éloignement de la famille, l'influence d'un entourage expérimenté et l'hydrothérapie ont, au bout de trois mois, fait disparaître ces obsessions.

Nous avons trouvé des formules analogues chez un

malade que nous venons de voir récemment. C..., Honoré, âgé de trente ans, issu de parents très nerveux, est fort ému par l'anniversaire d'événements dramatiques; le 27 juillet, depuis la catastrophe du chemin de fer de Saint-Mandé et l'exécution des assassins Berland et Doré, est devenu une date funeste qui lui fait craindre soit un accident, soit un assassinat, soit un suicide, et il s'empresse de conjurer ce futur malheur par une oraison jaculatoire : « Sainte Marie, accordez-moi la grâce d'une bonne mort. » « Saints anges, protégez-nous. » Il en est de même lorsqu'il passe devant une maison où s'est accompli un crime. Obsédé par ces idées tristes, il est obligé de répéter plusieurs fois ces phrases préservatrices.

Le chiffre 13 l'impressionne, de même que les combinaisons qui rappellent le nombre 13. Ainsi, il paye 27 sous un objet qu'il achète dans un magasin, aussitôt il lui vient à l'esprit qu'avec le chiffre 13 il arriverait à 40, ou bien encore que 2 et 7 font 9 multiple de 3, également nombre compromettant. « Tout cela est fort extravagant, dit-il, mais n'en procure pas moins du souci. »

Chez la malade suivante, le mot pénible est tellement désagréable, qu'aussitôt entendu, elle lance le mot préservateur pour conjurer l'influence funeste du premier.

Observation XXVII. — *Dégénérescence mentale. Onomatomanie : mots compromettants et mots préservateurs. Arithmomanie. Crainte du toucher. Doute.*

Mme X... (Adèle), âgée de soixante ans, fille d'un père fort intelligent, mais déséquilibré, est en proie, depuis un grand nombre d'années, à des syndromes épisodiques multiples. Elle a actuellement, surtout la crainte du mot exprimant une idée de tristesse qui pourrait, pense-t-elle, porter malheur. Aussitôt qu'elle entend

le mot compromettant, elle prononce comme correctif le mot à sens contraire, parfois elle se borne simplement à protester contre l'emploi du mot. C'est ainsi que si on lui propose d'aller à l'Opéra entendre *Robert le Diable*, elle répond : oui, Robert! Si elle entend prononcer le mot *nuisible*, elle réplique immédiatement *utile; noir*, elle dit *bleu; malheur*, elle dit *bonheur* et comme elle attribue une influence néfaste à vendredi, elle répond immédiatement samedi ou dimanche. Le mois d'avril ayant commencé un vendredi, elle n'a pas voulu, malgré quelques journées de fortes chaleurs, changer les vêtements d'hiver contre des vêtements plus légers, le mois ayant mal commencé, un changement de toilette aurait pu être nuisible. Elle redoute les nombres 3 et 13 ; le 13 de chaque mois, elle reste silencieuse, se tient à l'écart, ne rit pas, ne commence aucun travail.

Dès qu'elle aperçoit 3 bougies allumées, elle en éteint une ; si elle entend énoncer le chiffre 13, elle s'empresse de dire 14. Elle a également la crainte du toucher : elle ne porte la main aux boutons de la porte, qu'en la protégeant avec le pan de la robe ; elle a peur des débris de verre, des verres ou des carafes ébréchés.

Elle a du doute, elle ferme elle-même ses armoires, s'assure plusieurs fois de leur fermeture et donne de petits coups sur la serrure. Elle craint de perdre ou qu'on ne lui vole des papiers insignifiants qu'elle collectionne, elle les met sous clef, ou bien elle les prend sur elle, dans ses poches, dans ses bas, suspendus en paquets sous sa robe ; elle se retourne fréquemment pour s'assurer qu'elle n'a rien laissé tomber.

Elle s'arrête quelquefois, ou recule de deux ou trois pas avant de franchir une porte ; elle hésite avant de s'asseoir, de prendre un objet; quelquefois ses lèvres remuent et elle prononce quelques paroles à voix très basse, mais elle ne veut donner aucun renseignement ; ce n'est rien, dit-elle.

Cette malade a été fort longtemps abandonnée à elle-même, donnant pleine satisfaction à toutes ses idées obsédantes; dans sa famille, on fermait les yeux sur ce qu'on appelait ses petites manies, et elle était libre d'agir comme elle l'entendait. Elle suivait une très mauvaise hygiène, elle mangeait mal et ne dormait presque plus. Il a été fort difficile de régulariser un peu son existence et d'obtenir quelques efforts de sa part pour se débarrasser des dispositions maladives les plus pénibles.

Observation XXVIII. — *Dégénérescence mentale. Crainte de la foudre. Folie du doute. Arithmomanie Onomatomanie.*

M. M..., dont la mère est nerveuse et très impressionnable et le père méticuleux et émotif, a deux frères plus âgés que lui; l'aîné est affecté d'un tic de la face, le second vient d'être frappé d'un accès mélancolique avec hallucinations, préoccupations hypochondriaques et idées de persécution. M. M... s'est adonné à l'onanisme dans son enfance, et à quatorze ans, il a commencé à subir l'influence de quelques phénomènes obsédants et impulsifs.

« Une nuit, dit-il, dans une note qu'il a rédigée, je me vis dans un rêve frappé par la foudre; je me réveille en sursaut très émotionné et à partir de ce moment, je suis très effrayé quand éclate un orage; c'est dans cet état d'esprit que j'ai fait le premier acte insensé. Me souvenant, sans doute, des miracles du Christ qui par l'apposition des mains ressuscite les morts, multiplie les pains, etc., j'ai pensé qu'avant de me coucher, l'apposition de mes mains sur les pantoufles et plus tard sur d'autres objets pouvait me préserver de la foudre. Je me contentai d'abord de quelques attouchements, mais je me vis bientôt obligé de répéter l'acte un très grand nombre de fois et j'en vins à employer des nuits entières à ce manège. Plus je m'y adonnais, plus il m'était impossible de ne pas m'y livrer. Je n'en disais rien cependant, j'aurais eu honte d'avouer de telles idées, et je ne me plaignais que d'insommie.

« Puis, mon esprit a été envahi par l'idée de la fatalité du nombre treize; j'évitais de mettre 13 mots dans une phrase écrite et souvent, il m'arrivait de compter les mots de phrases parlées. Vous pensez quel travail tout cela me donnait et combien cela devait me détourner des choses sérieuses et utiles. Enfin, fatigué et voyant que la raison était impuissante contre mes obsessions, je me pris à lutter contre ces idées folles par des idées aussi absurdes. J'avisais de me servir du nombre 13 lui-même comme engin de combat. Et parlant en moi-même comme si le monde m'était soumis : si je fais d'ici demain un seul acte superstitieux, me dis-je en moi-même, un soir que je me promenais, que toutes ces étoiles que je vois soient 13. Et en même temps je m'imaginais au-dessus de ma tête tous les astres changés en nombre 13, composés d'une infinité de molécules ayant pour essence le nombre 13. Je ne comprenais pas bien ce que pouvait vouloir dire une *étoile treize*, mais j'avais une telle horreur du nombre 13 que je ne fis pas d'actes absurdes jusqu'au lendemain. Le procédé ayant réussi, j'en usai tellement qu'il ne réussit plus à la longue. J'en inventais un autre semblable et je dis en moi-même que « Dieu soit treize », si je fais un seul acte superstitieux d'ici demain.

« Imaginer Dieu treize n'était pas plus absurde que d'imaginer

les étoiles du ciel ayant pour essence le nombre 13. Et puis absurde ou non, je ne raisonnais plus. Cette idée de Dieu Treize m'effrayait et cela suffit pour m'empêcher quelque temps de me livrer à des actes ridicules. »

Parfois le mot *erreur* s'installe dans son esprit sans qu'il puisse s'en débarrasser, il s'imagine que toutes ses idées vont devenir des erreurs, qu'il va être obligé de douter de tout, de la réalité même des personnes ou des choses qui l'entourent; il éprouve dans ces conditions un malaise qui va grandissant et contre lequel il invoque un autre mot, *vérité* qui combat l'influence du premier. Souvent il ajoute treize au mot dont la signification devient ainsi plus énergique; mais peu à peu, ce mot protecteur ou préservateur, par sa répétition trop fréquente, devient à son tour une cause de soucis et de fatigue.

Parfois encore, M. M... adopte une sorte de formule cabalistique composée du mot *bière, linceul, tombeau*, expressions auxquelles, nous l'avons vu, les autres malades attribuent habituellement une influence maléfique, mais qui, pour lui, au contraire, devient un moyen de défense, de protection ou de préservation pour conjurer les divers malheurs. Il prononce ces mots tout bas, au fond du gosier, il contracte en même temps le frontal et l'occipital et tend fortement le cuir chevelu. Cette contraction énergique fréquemment répétée n'est pas, à son tour, sans douleur. Toutefois quand l'angoisse est trop violente, cette formule même avec les contractions devient une délivrance.

Ce malade dont l'un de nous a déjà eu l'occasion de s'occuper à propos de l'influence inhibitoire de la formule *Dieu treize* sur les fonctions sexuelles, est fort intelligent et se rend entièrement compte des phénomènes étranges qu'il éprouve.

Il a pu obtenir une longue rémission à la suite de l'éloignement de la famille et d'un traitement hydrothérapique; il a pu reprendre ses études de peinture pour lesquelles il a beaucoup de dispositions.

Observation XXIX. — *Dégénérescence mentale. Accès mélancolique; Onomatomanie; obsession du mot grossier; nécessité de superposer à une image et à un mot inquiétants, une image et un mot protecteurs.*

Une dégénérée de vingt-neuf ans, Marie D..., entrée à l'asile Sainte-Anne le 16 juillet 1889, à la suite d'un accès mélancolique

avec tendances au suicide, présentait depuis plusieurs années, l'obsession du mot grossier et l'impulsion à le répéter. Pendant ses prières, des injures adressées à Dieu survenaient brusquement dans son esprit et s'échappaient, malgré elle, de ses lèvres. Plus tard, la préoccupation du mot prend un autre caractère.

Un jour, voyant passer un chien, le désir de copulation avec cet animal s'empare de son esprit; honteuse, très émue, elle se reproche vivement de pareilles pensées, mais l'idée venue persiste et ne disparaît que lorsqu'elle a pu voir un autre animal, un cheval, dont l'image superposée à la première semble l'effacer. A partir de ce moment, si dans ses lectures se trouve le mot *chien*, elle est prise d'angoisse jusqu'à ce qu'elle ait pu lire le nom d'un autre animal, *bœuf*, *cheval*, *mouton*, etc.; elle a, du reste, la précaution de tenir près d'elle un dictionnaire qui lui permet de trouver promptement le mot qui la préserve de son idée extravagante. Quand elle a pu superposer cette seconde image graphique (*cheval* ou *mouton*) à la première (*chien*), elle se sent soulagée et se calme immédiatement.

Observation XXX. — *Dégénérescence mentale. Accès mélancolique. Onomatomanie : mots employés comme moyen mnémotechnique. Doute.*

Chez une dégénérée syndromique de trente-deux ans, W..., femme M..., entrée le 27 mars 1890 à l'asile Sainte-Anne, avec de la dépression mélancolique, l'onomatomanie s'était traduite d'abord par la recherche angoissante du mot, puis nous avons vu le mot intervenir comme constatation concluante d'un acte accompli. Cette femme, ménagère laborieuse, éprouvait le besoin d'être rassurée sur l'accomplissement de sa tâche. Dès qu'elle avait achevé de faire le lit, elle prononçait un mot, le mot *serpent* par exemple; cette formalité remplie, elle se sentait tranquille, parce qu'elle était sûre que l'ouvrage était fait. La vaisselle lavée, elle disait *ours* et ainsi de suite pour chaque espèce de travail. Elle exigeait que sa fille fût présente au moment où elle prononçait le mot, pour témoigner d'abord que tout était fait et aussi pour pouvoir lui rappeler le mot dans le cas où celui-ci viendrait pendant la journée à s'effacer de sa mémoire. Lorsqu'elle essaye de ne pas sceller ainsi chacun de ses actes par un mot, ce qu'elle trouve elle-même fort ridicule, elle devient inquiète, s'imagine que le travail est mal fait, elle éprouve des palpitations, ne peut pas se mettre à table pour prendre son repas, et si c'est le soir, il lui est impossible de se coucher, sans être assurée par un mot de la bonne exécution de chaque détail du ménage; le mot prononcé, le calme revient, et elle se met au lit répétant avec la plus vive satisfaction le mot qui la rassure.

V. — Mots devenus pour le patient un véritable corps solide, indument avalé, pesant sur l'estomac et pouvant être rejeté par des efforts d'expuition et le crachement.

Nous avons vu plusieurs onomatomanes chez lesquels le mot s'accompagnait d'un mouvement, tantôt d'un véritable tic impossible à réprimer, d'autres fois, d'un mouvement volontaire (contraction de la tête; mouvement de la main; recul, etc.) que le patient était poussé à faire, mais dont il réglait l'intensité et que, parfois, il parvenait à supprimer. Lorsque le mot venait à être prononcé, au mouvement d'articulation s'ajoutait le mouvement d'une autre région des centres psycho-moteurs.

Dans le cas dont nous nous occupons, ce n'est plus seulement un mouvement mais bien un élément sensitivo-moteur qui intervient avec le mot; les mots et même les bruits se transforment en véritables corps étrangers qui s'introduisent dans la bouche, cheminent dans le pharynx et l'œsophage pour arriver à l'estomac, provoquant pendant tout le trajet, un malaise qui va croissant.

Dans l'estomac, la sensation devient très douloureuse, les bruits et les mots comme les aliments solides s'accumulent et donnent le sentiment pénible qui suit un repas trop copieux. Aussi, le malade s'efforce-t-il, par des efforts d'expuition et de crachement, de rejeter ces prétendus corps étrangers comme des substances indigestes.

De sorte qu'à l'angoisse morale, que provoque habi-

tuellement le mot obsédant, vient s'ajouter dans ce cas, la douleur physique due aux nouvelles qualités attribuées aux mots et aux différents bruits perçus et déglutis.

Observation XXXI. — *Dégénérescence mentale. Mélancolie suicide du grand-père maternel; agoraphobie de la mère; onomatomanie du père. Doute. Crainte du toucher. Onomatomanie; agoraphobie chez la malade. Doute chez la fille.*

Mme L..., âgée de quarante-cinq ans, a une hérédité nerveuse et vésanique très chargée. Son grand-père maternel s'est suicidé à cinquante ans dans un accès mélancolique ; sa tante maternelle est déséquilibrée ; sa mère, méticuleuse, bizarre, est agoraphobe. Son père, égoïste, très avare, est onomatomane ; il a eu longtemps la recherche angoissante du mot, et ainsi que nous l'avons déjà dit (Obs. VII), quand il ne le trouvait pas, la famille l'aidait, on lisait le dictionnaire et l'on ne se couchait qu'après le découverte du mot. La fille aînée de la malade, très émotive, ne peut lire un fait divers dans un journal sans en être vivement impressionnée et envahie par des interrogations multiples et les craintes les plus pénibles.

Mme L..., dès l'âge de onze ans, s'est montrée méticuleuse, scrupuleuse, n'était jamais satisfaite de ses confessions et s'imaginait malgré les assurances de son directeur, qu'elle allait mal communier.

A dix-huit ans, fiancée à un jeune homme qu'elle aimait, elle craint de ne pas pouvoir le rendre heureux, de ne pas être capable de bien remplir ses devoirs de mère de famille, de ne pas être assez active, assez intelligente ; elle fait part à son futur de toutes ses appréhensions, elle l'engage à bien réfléchir avant de l'épouser

Quelques années après son mariage, elle est mordue par un chat et elle est prise de la crainte du toucher, de la crainte du chien enragé et de tout animal. Elle ne veut pas toucher la main de son médecin, parce qu'il pourrait lui communiquer la maladie des malades qu'il a touchés, mais elle consent à donner la main au médecin aliéniste, parce que la folie, dit-elle, n'est pas contagieuse; elle n'ose toucher aux objets de cuivre et s'enveloppe la main pour ouvrir les portes. Elle ne veut ni de tapis, ni de tentures, ni de tapisseries de couleur verte, à cause des poisons introduits dans les teintures de cette couleur. Un jour elle part, se privant de la satisfaction d'embrasser ses filles, parce qu'elles venaient d'être embrassées par une autre personne. Enfin, sa frayeur du chien enragé prend de telles proportions, qu'elle *n'ose pas toucher son porte-*

monnaie touché par sa bonne qui avait touché un canapé sur lequel s'était assise une demoiselle mordue par un chien. Elle ne peut plus voir ni un chien, ni un chat, ni aucun animal à quatre pattes, sauf le cheval, qui ne lui inspire aucune crainte.

Elle est vivement impressionnée par certains mots « cercueil, béquille, mort, vendredi, etc. », qu'elle fait tous ses efforts pour ne jamais prononcer ou écrire. Lorsqu'elle les entend, il lui semble qu'à l'instar d'un corps étranger, ils entrent dans sa bouche et pénètrent jusqu'à l'estomac. Un peu plus tard, toutes les paroles, tous les bruits, tous les sifflets de chemin de fer lui donnent les mêmes sensations pénibles et lui *chargent* l'estomac. Les mots, dit-elle, lui viennent dans la bouche, il lui semble qu'elle les avale comme des aliments solides et si elle ne s'empresse de les repousser en les recrachant soit à terre, soit dans son mouchoir, elle en est vivement affectée, elle ressent un poids sur l'estomac qui l'étouffe, elle a une véritable indigestion, ajoute-t-elle, et elle vomit même quelquefois.

Lorsqu'elle se dispose à aller prendre la douche, elle recouvre sa bouche avec un mouchoir, pour avoir son estomac libre, puisqu'on ne doit pas prendre de douche, dit-elle, après avoir mangé. Dans une note, où elle décrit les divers phénomènes qu'elle éprouve, elle s'explique ainsi à ce sujet : « La douche m'impressionne encore beaucoup, je n'y vais que parce qu'il le faut, ayant toujours dans l'imagination, que j'y vais, l'estomac rempli des bruits, des paroles, des sifflets de chemin de fer que j'entends ; je me crois obligée de mettre mon mouchoir à mes lèvres pour empêcher tous ces bruits de pénétrer dans ma bouche, tout cela est d'autant plus pénible que je comprends que c'est parfaitement absurde. »

Mme L... est également agoraphobe, elle est prise de crainte et de vertiges dans les grands espaces. Un jour même, au Bois de Boulogne, en voiture, elle s'est sentie étourdie, resserrée, oppressée et a été obligée de fermer les yeux et de se blottir dans un coin.

Cette observation est une des plus instructives au point de vue de l'hérédité; les ascendants, père et mère, transmettent à la malade non seulement leur déséquilibration mentale, mais des stigmates psychiques similaires, l'un son onomatomanie, l'autre son agoraphobie, et la fille de la malade, âgée de seize ans, éprouve déjà les premières atteintes de la folie du doute que lui transmet sa mère. La malade, d'ailleurs,

sous le coup d'une hérédité convergente, accumule de nombreux syndromes épisodiques; elle est dans un état d'émotivité perpétuelle, la plupart de ses centres perceptifs sont dans un tel éréthisme qu'elle ne peut goûter un instant de repos. Le délire du toucher acquiert chez elle tout ce que l'on peut imaginer de plus quintessencié puisqu'elle en arrive *à ne pas oser toucher son porte-monnaie, touché par sa bonne qui avait touché un canapé sur lequel s'était assise une demoiselle mordue par un chien.*

Comme les autres onomatomanes, la malade a pleine conscience de son état, s'en attriste et, par moments, sur les conseils du médecin, fait de sérieux efforts pour lutter et s'affranchir de toutes ces préoccupations bizarres.

Nous ne regrettons pas ces longs développements sur l'onomatomanie; il nous est permis d'insister sur un syndrome fort intéressant au point de vue clinique, l'obsession et l'impulsion n'ayant pour objet que le mot et le plus souvent un mot insignifiant. Si bien que l'obsession et l'impulsion dégagées de toute question d'intérêt, de tout mobile passionnel apparaissent avec leur véritable caractère maladif, leur invincible irrésistibilité, malgré le complet état de conscience.

Au point de vue médico-légal, cette étude n'est pas sans importance; l'onomatomanie permet de mieux comprendre les autres syndromes épisodiques dans lesquels l'impulsion se traduit par un crime ou un délit.

Le magistrat en présence de faits aussi simples, en quelque sorte élémentaires, mais néanmoins fort démonstratifs, ne sera plus surpris d'entendre parler de l'idée

obsédante du vol et de l'impulsion à voler, d'entendre parler de l'impulsion homicide et de tous les phénomènes étranges auxquels donnent lieu les obsessions et les impulsions basées sur les perversions sexuelles. Il est probable qu'on ne verra plus un président de cour d'assises dire aux jurés : « Si le médecin vous parle de la manie du vol de l'inculpé, ayez, vous, la manie de le condamner. »

Lorsqu'on est témoin de l'angoisse extrêmement pénible, à laquelle est en proie le malheureux onomatomane qui cherche un mot dont il n'a nul besoin, lorsqu'on le voit faire des efforts surhumains pour ne pas projeter au dehors le mot qui l'obsède, et que l'on assiste à la détente, à l'immense soulagement dont sont suivies soit la découverte, soit la décharge du mot, soit la substitution du mot préservateur au mot funeste, on n'est plus étonné par le langage du kleptomane, du pyromane, de l'impulsif homicide ou sexuel, du coupeur de nattes, de l'exhibitionniste, ou du malheureux qu'obsède l'idée de mordre la peau de jeune fille, quand ils déclarent que malgré tous leurs efforts, leur ardent désir de résister, ils ont fini par succomber.

Laissés dans leurs familles, les onomatomanes, de même que les autres dégénérés syndromiques s'éternisent dans leurs obsessions et leurs impulsions. Ils contractent, en effet, des habitudes nouvelles, adoptent des attitudes, des gestes, des mots, des phrases, etc., dont ils ne peuvent se départir, malgré les sollicitations de l'entourage. Celui-ci d'abord plein de zèle et d'activité se heurte aux résistances passives des

malades, se décourage devant la répétition monotone de tous ces phénomènes, et à la longue, las de lutter, finit par fermer les yeux, laissant ainsi s'installer les *petites manies* chaque jour plus tenaces et qui, d'abord produites par les obsessions et les impulsions, finissent elles-mêmes, une fois bien établies, par les solliciter à leur tour.

L'intervention du médecin est seule capable de mettre un frein à ces manifestations de plus en plus étendues; mais pour qu'elle soit efficace, il faut que le patient entre dans un établissement spécial où chacun prendra à tâche de l'encourager dans la lutte qu'il est obligé d'entreprendre contre ses multiples acquisitions maladives dont il doit successivement se dépouiller. C'est ainsi, par exemple, que les obsédés à la poursuite du mot ou du nom, commencent par laisser de côté le carnet, la feuille de papier sur lesquels ils ont inscrit le nom ou le mot. Lorsque le mot manque, en l'absence du carnet, ou du papier, si l'inquiétude semble vouloir se montrer, ils s'empressent de venir auprès du médecin qui, au début surtout, leur doit son assistance la plus absolue. Il leur rappelle et insiste sur le caractère entièrement maladif de ce besoin du mot et il parvient habituellement à les rassurer et à leur faire négliger, sans trop de réaction émotive, cette recherche regardée, jusque-là, comme invincible.

Le soir c'est encore le médecin qui doit intervenir pour assurer le repos de la nuit; c'est lui qui décide les malades à se dégager de la préoccupation du mot, à se mettre au lit et à y rester, toute lumière éteinte. La tâche n'est pas d'abord facile et c'est par une patiente insistance que le résultat est obtenu, mais au

bout de quelques jours la présence d'un domestique suffit et un peu plus tard les malades se couchent tranquillement sans le secours de personne.

Peu à peu les malades prennent part à la conversation de l'entourage, se décident à lire des journaux, des livres, et au bout de quelque temps, ils peuvent entendre répéter, sans trop d'inquiétude, des séries de noms propres qu'ils laissent passer sans chercher à les retenir. Ils arrivent progressivement à reconquérir toute leur indépendance et à reprendre sans appréhension leur place dans la société.

Pour ces pensionnaires volontaires, on peut sans nul inconvénient, faire fléchir la discipline de la maison spéciale, et il est bon que ces malades jouissent d'une liberté suffisante pour trouver dans des sorties assez fréquentes des distractions qui leur permettent, sans ennui, de subir cette tutelle indispensable et de suivre le traitement.

Dans quelques cas, les onomatomanes, exaspérés par la ténacité si pénible des obsessions et des impulsions qui rendent leur vie insupportable, conçoivent des idées de suicide et réclament une surveillance particulière; toutefois, les tentatives sont assez rares, ces malades lucides savent qu'ils peuvent s'améliorer et se raidissent ainsi plus facilement contre le découragement.

En dehors de l'action morale si puissante du médecin, le traitement dans la majorité des cas se réduit à l'emploi des bromures qui modèrent, diminuent la pénible exaltation, la douloureuse émotivité dont s'accompagne l'angoisse.

Chez les sujets dont le sommeil laisse à désirer, aux bromures on peut ajouter le chloral ou le sulfonal que le malade prendra une heure après le coucher, mais dont il n'usera pas, toutes les fois qu'il aura pu s'endormir sans le secours de l'hypnotique. Il est rare qu'au bout de huit à dix jours, les malades n'aient pas conquis un sommeil naturel qui les repose et leur donne les forces suffisantes pour lutter pendant le jour contre le retour offensif des obsessions.

L'hydrothérapie complète le traitement : on aura recours à des douches froides de quatre à huit secondes seulement, sur tout le corps, à l'exception de la tête, en ayant le soin d'insister à la fin de la douche sur les jambes et sur les pieds que l'on fouettera avec le jet en lance. Les douches tièdes que des malades craintifs demandent à la place des douches froides, ne sont d'aucune utilité, et il est préférable de recourir soit aux affusions froides, rapidement pratiquées à l'aide d'une grosse éponge, le malade étant debout dans un *tub*, soit au drap mouillé. Après la douche ou l'affusion, on se trouvera bien d'une friction générale un peu forte, ou du massage.

En dehors de cette médication générale, on recherchera chez chaque malade, les indications spéciales tirées de sa santé physique habituelle, de son tempérament, de sa constitution, de l'état de ses forces. Le plus souvent, ces dernières indications pourront être remplies sans modifications notables aux prescriptions générales que nous avons indiquées.

PATHOLOGIE NERVEUSE.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE L'HYSTÉRIE ET LES MALADIES ORGANIQUES DU CERVEAU;

Notes cliniques recueillies par le Dr F. GHILARDUCCI,
de Fivizzano (Italie)[1].

Le diagnostic différentiel entre l'hystérie et les maladies organiques du cerveau constitue un des problèmes les plus intéressants et parfois les plus difficiles que nous offre la clinique. Mon intention n'a pas été d'exposer dans ce travail d'une manière méthodique et complète, tout ce qui se rapporte à ce sujet. Un travail de ce genre ne pourrait être que la reproduction de ce que M. Charcot a consigné dans ses leçons classiques ou la compilation des différents écrits de ses élèves sur l'hystérie. On sait bien aujourd'hui que l'hystérie est susceptible de réaliser la plupart des syndromes par lesquels s'accusent les maladies organiques du cerveau : l'hémiplégie, les convulsions, les contractures, les troubles de la sensibilité générale et spéciale, ceux du langage et de l'intelligence, etc.

Dans cet ordre de faits, le diagnostic différentiel se réduit donc essentiellement à la connaissance des différences qui existent entre les symptômes de la série organique et ceux de la série hystérique. D'une manière générale, dans chacun de ces deux groupes les symptômes similaires ont une physionomie clinique spéciale; ils ont même un développement, une évolution et une façon de s'associer entre eux qui est différente. A l'aide de ces caractères, que l'Ecole de la Salpêtrière a eu le grand mérite de mettre en relief, il sera facile dans la plus grande partie des cas d'établir le diagnostic.

[1] Travail de la clinique de M. le professeur Charcot.

Mais parfois il manque au syndrome hystérique observé ce cachet spécial que la névrose imprime habituellement à ses manifestations. Parfois les symptômes se sont associés de façon à former des syndromes tout à fait analogues à ceux de telle ou telle maladie organique de la moelle ou du cerveau. Et cette ressemblance peut être telle que le diagnostic devient incertain, sinon impossible.

Ces difficultés de diagnostic, M. le Dr Souques les a montrées dans son excellente monographie sur les syndromes hystériques simulateurs des maladies spinales [1].

Dans le présent travail, nous n'avons pas eu l'idée d'entreprendre une tâche semblable pour les maladies organiques du cerveau. Elle serait trop au-dessus de nos forces. Nous avons voulu simplement apporter à ce sujet si intéressant une modeste contribution, en exposant quelques observations que nous avons eu l'occasion d'étudier en fréquentant le service de M. le professeur Charcot [2]. Elles nous ont paru intéressantes par la gravité des symptômes et par les très grandes difficultés que présentait, croyons-nous, le diagnostic. Ces observations concernent : *a*). Quatre cas d'hystérie à forme d'épilepsie partielle; — *b*). Un cas d'apoplexie hystérique; — *c*). Un cas d'hémiplégie hystérique ayant des caractères qui n'appartiennent pas généralement à l'hémiplégie hystérique.

OBSERVATION I. — *Hystérie à forme d'épilepsie partielle sensitive.*

Mme Gi... entre à la Salpêtrière en janvier 1891 (service de M. le professeur CHARCOT).

ANTÉCÉDENTS DE FAMILLE. — Père nerveux, il avait des tics, il mourut d'une maladie de foie. La mère souffre de coxalgie depuis trente-six ans. De ses trois frères l'un est mort de maladie chronique de la poitrine à l'âge de quarante-cinq ans, l'autre d'une bronchorrhagie à l'âge de quarante-deux ans, le troisième est malade de néphrite depuis deux ans. Sa sœur aînée succomba à l'âge de

[1] V. Souques. — *Des syndromes hystériques simulateurs des maladies de la moelle*, Paris, 1891.

[2] Qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre gratitude à notre éminent maître, M. le professeur Charcot ; le souvenir de la généreuse hospitalité qu'il nous a accordée dans sa clinique ne finira qu'avec notre vie.—Je saisis avec empressement cette occasion pour remercier vivement M. Dutil, chef de clinique, dont l'expérience consommée m'a été très utile dans plusieurs circonstances.

vingt-sept ans à une phtisie galopante; sa sœur plus jeune souffre de crises nerveuses.

Antécédents personnels. — Notre malade, qui à présent est âgée de quarante-trois ans, a toujours été dès son enfance très nerveuse et impressionnable; elle a toujours souffert de douleurs à la tête, tantôt diffuses, tantôt à forme de migraines : en outre de cela elle ressentait très fréquemment des fourmillements dans les membres, particulièrement au bout des doigts, qui survenaient principalement « lorsqu'elle se trouvait mal placée, » de façon à ce que ses membres fussent sujets à une pression même peu prolongée. A l'âge de huit ans, elle eut un abcès à la région cervicale gauche dont on voit encore la cicatrice. Elle fut menstruée à l'âge de dix-huit ans ; la menstruation s'est maintenue jusqu'à présent, sans présenter jamais aucune anomalie. A l'âge de vingt-deux ans, elle s'unit librement à un homme, avec lequel elle vécut jusqu'en 1875; elle n'eut pas d'enfants de cette union. Dans ce laps de temps, il n'y eut rien à remarquer dans son état de santé, sinon une espèce de défaillance qui lui survint dans l'année 1872 à la suite de contrariétés.

A la fin de 1878, elle fut abandonnée par son amant et obligée de gagner sa vie, en s'employant dans un établissement Duval. En 1882, elle abandonne cet établisement pour entrer comme domestique dans une maison de commerce des environs de Paris. Là elle se fatigue énormément, elle commence à ressentir des douleurs, le long de l'épine dorsale, plus fortes à la région lombaire, presque continues, mais qui s'exacerbaient de temps à autre sous forme de crises; Mme Gi... affirme explicitement que ces crises douloureuses ne se calmaient pas avec le repos. Les céphalées, dont elle avait toujours souffert, devinrent plus intenses et plus fréquentes.

En 1887, elle reprend son emploi dans un restaurant Duval et l'occupe jusqu'au 28 février 1890. Dans cette période son état de santé empira continuellement; les rachialgies devinrent plus fréquentes, elle avait des douleurs dans les membres surtout en correspondance des articulations, les sensations de fourmillements, dont elle souffrait depuis sa jeunesse, et qui étaient devenues plus fréquentes et plus intenses. Dans l'été de 1889, lors de l'Expositon universelle, à ces phénomènes s'en ajouta un autre : parfois elle ressentait brusquement ses genoux se fléchir, ses jambes se dérobaient sous elle, il lui arriva souvent de tomber et elle avait de la peine à se remettre debout. A cette époque, son travail à cause de l'Exposition était énorme, elle se sentait très fatiguée : pendant le jour elle s'endormait pour de courts instants en appuyant sa tête sur son bras gauche. En septembre de la même année, se manifesta la première attaque épileptiforme constituée comme il suit : Mme Gi... annonce une sensation de fourmillements au bout des doigts de la main gauche, qui après avoir envahi tout le membre,

s'irradia à la moitié correspondante du cou, de la face et de la langue, et envahit tout le restant de la tête, du tronc et du membre inférieur du même côté. La bouche devint sèche, « elle croyait y avoir le feu », la langue lui paraissait s'enfler, elle ne pouvait pas parler; la jambe et le bras se raidirent; le bras pendait inerte le long du corps, impuissant à n'importe quel mouvement; les doigts de la main étaient contractés en extension. L'attaque ne s'accompagna pas de la perte de la sensibilité; elle dura une dizaine de minutes; après l'attaque Mme Gi... se sentit un peu faible, mais elle retrouva immédiatement l'usage de ses membres. Au contraire la langue resta paralysée longuement; Mme Gi... resta huit jours sans pouvoir parler parce que, dit-elle, *sa langue était enflée.* D'autres attaques semblables à celle-ci se répétèrent deux ou trois fois par semaine, plus fréquemment la nuit et pendant la période de menstruation avec les mêmes caractères. Dans cette période l'état mental de Mme Gi... était notablement troublé. Elle avait fréquemment des cauchemars — parfois elle croyait être transportée dans l'air à de grandes hauteurs et puis qu'on la laissait tomber tout d'un coup dans des abîmes épouvantables: parfois elle croyait être enfermée dans des fournaises ardentes,... etc. Souvent elle éprouvait une sensation de serrement au sommet du sternum; d'autres fois elle avait à la gorge une boule qui la suffoquait. La mémoire commença à s'altérer profondément. Mme Gi... oubliait presque immédiatement les commandes des clients si bien que son service lui devenait excessivement difficile. Parfois il lui était impossible de prononcer quelques mots « *parce qu'elle ne les trouvait pas* » : elle aurait pu les écrire parce qu'elle avait l'idée de ce qu'elle voulait dire, mais elle ne pouvait pas les prononcer; ces attaques d'aphasie motrice se répétèrent jusqu'en 1891. Elles ne suivaient pas immédiatement les accès d'épilepsie sensitive, mais se manifestaient après un ou deux jours et elles étaient plus fortes, si l'accès d'épilepsie avait été intense.

La faiblesse des extrémités inférieures s'aggrava encore plus, les chutes étaient très fréquentes. Bref, en février 1890, Mme Gi... tout à fait impuissante pour un travail quelconque, fut obligée d'entrer à la Salpêtrière. Ici les attaques qui ont été décrites se continuèrent. Après quelques jours s'y ajoutèrent d'autres attaques à type hystéro-épileptique. Celles-ci survenaient le matin vers sept heures. Elles étaient précédées d'une sensation de suffocation, Mme Gi...perdait complètement la conscience et tombait en arrière en se raidissant avec le tronc de manière à former l'arc de cercle caractéristique, elle se débattait violemment, elle émettait des cris désordonnés et après quelques minutes de respiration ronflante elle retrouvait parfaitement la conscience en oubliant tout ce qui s'était passé.

En mai 1890, les grandes attaques disparurent, la santé de

Mme Gi... s'améliora considérablement; elle put sortir de la Salpêtrière et rentrer de nouveau chez Duval pour y reprendre son travail. Mais bientôt son état empira de nouveau. En janvier 1891, elle fut de nouveau obligée de rentrer à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Charcot. Son état de santé à cette époque était très mauvais, elle avait considérablement maigri, elle souffrait d'insomnie, d'anorexie, des éblouissements, une surdité presque complète, une obnubilation des facultés mentales, laquelle se manifestait avec une apathie très marquée; aux demandes qu'on lui adressait elle donnait des réponses lentes et contradictoires. Elle fut soumise à un traitement hydrothérapique, sa santé générale commença de nouveau à s'améliorer. L'ouïe, la vue, les facultés mentales, les forces reprirent; à présent, il n'y a de tous ces phénomènes alarmants que les deux séries de crises, lesquelles se manifestent deux ou trois fois par semaine séparément.

Examen objectif (pratiqué le 1er avril 1892). — Mme Gi... est une femme de taille moyenne, bien conformée. Elle a des muscles et de la graisse suffisamment développés, mais les muscles sont flasques. L'expression de son visage est triste, son regard un peu vague.

Sensibilité générale. — Un examen très soigné, qui a été répété plusieurs fois dans la suite, ne nous a révélé aucune trace d'anesthésie. Les impressions tactiles, douloureuses et thermiques sont très bien appréciées partout. Il y a des zones hypéresthésiques : 1° au niveau de la septième vertèbre cervicale et de la dernière lombaire; — 2° au-dessous, un peu en dehors des deux mamelons; — 3° sur le crâne et au vertex. Cette douleur est très superficielle, on la réveille avec un très léger frottement de la peau; tandis que la percussion pratiquée soit avec le doigt, soit avec le marteau ni ici, ni dans aucun autre endroit du crâne, ne donne de sensation douloureuse.

Motilité. — Mme Gi... accuse de la faiblesse aux lombes et aux jambes. Elle ne peut pas marcher sans l'aide d'un bâton. Pendant la marche elle traîne ses jambes à la manière des paralytiques flasques. Si on la fait mettre à genoux, elle ne peut pas se relever sans l'aide de ses bras. Cependant la force musculaire explorée dans la position assise, tant dans les extrémités inférieures comme dans les supérieures, se manifeste parfaitement normale. Il n'y a pas de différence de force entre les deux côtés.

De temps à autre, Mme G... présente un tremblement très léger de la lèvre supérieure, surtout lorsqu'elle parle; un tremblement analogue se rencontre dans les membres supérieurs. Il est très léger, très rapide, mais son caractère essentiel est d'être éminemment intermittent. La langue aussi est parfois animée d'un léger tremblement dans le sens transversal : elle ne présente pas cette ondulation dans le sens du diamètre longitudinal, comme on l'observe

chez les paralytiques généraux. Du reste il n'y a pas de trouble de la parole.

Réflexes. — Ils sont égaux des deux côtés et parfaitement normaux. Le clonus du pied est absent. Le réflexe pharyngé est très affaibli. En chatouillant la luette et l'épiglotte on provoque de la toux, pas de vomissements.

Appareil de la vision. — Les globes oculaires sont mobiles normalement dans toutes les directions. Les réactions pupillaires sont normales. Pas de nistagmus.

Œil droit. — Légère discromatopsie. La malade distingue très bien toutes les couleurs, mais elle appelle claires toutes les couleurs sombres. Léger rétrécissement à 65 degrés. — Absence de micropsie, macropsie et polyopie nonoculaire. — Pas de diplopie. Acuité visuelle normale.

Œil gauche. — Complètement normal. — Mme Gi... éprouve de temps à autre des éblouissements; sa vue se fatigue très facilement. Elle n'a jamais présenté de diplopie.

Goût. — Complètement aboli des deux côtés.

Odorat. — Idem.

Ouïe. — Très affaiblie du côté gauche.

Examen viscéral. — Il y a des râles sibilants très rares disséminés sur les poumons des deux côtés. — Les bruits cardiaques sont un peu faibles mais très nets. L'ictus du cœur est perçu dans le cinquième espace au-dessous du mamelon. — Il n'y a rien à noter du côté des viscères abdominaux.

Mme Gi... se plaint surtout de douleurs vaguantes le long du corps, qui sont plus fortes au niveau des articulations. Deux ou trois fois par semaine elle a des accès à forme d'épilepsie sensitive. Ils ont le caractère du premier accès qui lui prit en 1889. Cependant il est à remarquer que depuis la première année de maladie les accès n'ont jamais été accompagnés ni suivis d'aphasie motrice. Outre ces attaques elle en présente d'autres à type hystéro-épileptique avec les modalités décrites ci-dessus.

Jamais il ne lui est arrivé que les deux espèces de crises se confondent, s'entremêlent ou qu'elles se suivent l'une l'autre. L'intelligence de Mme Gi... ne laisse à présent pas grand'chose à désirer. Elle répond avec rapidité aux demandes qu'on lui fait, elle décrit ses sensations avec beaucoup de précision, elle a une mémoire suffisante de tous les événements qui lui sont arrivés.

Marche de la maladie. — Les accès à forme d'épilepsie sensitive continuèrent à se manifester avec les mêmes caractères pendant tout le mois d'avril. Dans cette époque, Mme Gi... observa qu'ils se manifestaient plus fréquemment lorsqu'elle se couchait sur le flanc gauche. En lui ayant conseillé de se coucher sur l'autre flanc, les accès se présentèrent du côté droit, ne touchant pas à la face

et à la langue. Au commencement du mois de mai, la sensation d'engourdissement continua à perdre la tendance à la systématisation. Parfois elle commençait par une cuisse, elle restait limitée à la région glutée; d'autres fois après avoir commencé comme d'ordinaire par le bout du doigt elle n'allait au delà du poing ou du bras. En outre, elle se montrait avec une égale fréquence du côté droit dans des régions très différentes, en restant toujours plus limitée. Dès le milieu de mai, Mme Gi... n'a plus eu d'accès, mais seulement de légères paresthésies, qui meurent sur les lieux où elles naissent. De l'accès supposé d'épilepsie sensitive, il ne reste plus à présent (15 août) que les vagues sensations de fourmillement qu'elle éprouvait depuis son enfance, et qui ont pour caractère d'être très variables de siège et de se réveiller *par la compression.*

Pour ce qui est des grandes attaques, elles sont devenues très rares (une fois tous les dix jours). — La paraplégie s'est légèrement améliorée. — Il est à remarquer que, dès le commencement de mai, Mme Gi... a été soumise à l'électricité statique.

Diagnostic. — L'observation de ce cas nous paraît extrêmement intéressante; on y trouve à une certaine période de son évolution un type clinique parfait d'épilepsie sensitive : engourdissement envahissant toute une moitié du corps, la langue comprise; paralysie des membres, aphasie motrice, troubles de l'intelligence, rien ne manquait au tableau : les antécédents héréditaires et personnels de la malade, sa très mauvaise condition de santé, paraissaient imprimer à ce tableau le sombre cachet de la tuberculose. La preuve que nous ne chargeons pas artificiellement les teintes de ce tableau, c'est que le diagnostic d'épilepsie sensitive, par lésions de l'écorche, fut posé et maintenu pendant longtemps; l'on parla même de la trépanation du crâne; le pronostic, en conséquence, était des plus sombres, La présence de la névrose hystérique, démontrée chez Gill.... par ses stigmates et par ses grandes attaques, ne s'opposait pas à cette manière de voir, car les grandes attaques hystériques et les crises épileptiformes se manifestaient d'une façon tout à fait distincte et indépendante.

Or, l'on sait que l'hystérie peut s'associer à toutes les maladies organiques. C'est là un point de clinique bien illustré par mon éminent maître et sur lequel il n'y a pas de doute possible : la maladie organique et l'hystérie évoluent alors chacune pour son compte en gardant leur individualité clinique. C'était bien de cette façon que l'on avait interprété le cas de Gill... : cependant, en étudiant avec soin ses antécédents mor-

bides, nous pûmes démontrer que les accès épileptiformes étaient, eux aussi, sous la dépendance de la névrose. L'évolution de la maladie nous a donné pleinement raison; à l'heure présente il est évident que tous les phénomènes étaient imputables à l'hystérie. Il nous paraît intéressant de montrer par quelle voie nous étions parvenus à cette conclusion :

I. — Les accès épileptiformes sont constitués par deux phénomènes : — *a*), une sensation de fourmillement et d'engourdissement; — *b*), une paralysie de toute la moitié gauche du corps. Les accès, dans leur expression symptomatique, représentent donc un équivalent sensitif et paralytique de l'épilepsie partielle [1]. Comment les interpréter?

a). Il est très facile de se persuader que le premier de ces phénomènes est de nature identique aux paresthésies dont Mme Gill... a souffert dans son enfance. En effet, celles-ci se manifestaient tantôt spontanément, mais avec plus de fréquence, dans ses membres « lorsqu'ils étaient mal placés », de façon à être sujets à une compression même peu prolongée; d'autre part, nous avons fait remarquer que l'accès épileptiforme se manifestait constamment du côté du corps sur lequel G... était resté couchée pendant la nuit. Ces sensations, après être restées pour un certain temps systématisées à une moitié du corps, ont perdu graduellement leur caractère accessionnel et systématique, en assumant un type pour ainsi dire erratique, en changeant avec une fréquence toujours croissante leur siège et en devenant toujours plus limitées; ainsi à l'heure présente elles ne sauraient se distinguer en rien des paresthésies, qui ont été ressenties par G... dès son enfance. Nous nous croyons donc autorisés à considérer ces troubles de la sensibilité comme de nature identique : leur durée très longue, leur diffusion, leur variabilité de siège en démontrent la nature fonctionnelle et comme il n'y a dans G... d'autre maladie fonctionnelle que l'hystérie nous devrions logiquement les rattacher à cette névrose. A présent nous devons nous demander pourquoi cette sensation anormale s'est systématisée pendant si longtemps dans une moitié du corps. La raison en est facile. Les accès se manifestèrent en 1889. A cette époque, à cause de l'Exposition,

[1] V. Pitres. — *Etudes sur quelques équivalents cliniques de l'épilepsie partielle.* (*Revue de Médecine*, p. 609.)

il y avait une affluence énorme de consommateurs dans les restaurants où Mme G... servait. Du matin au soir, elle devait servir ses tables, obligée de porter sur son avant-bras gauche fléchi les vaisselles contenant les portions qu'on lui demandait, tandis qu'avec la main elle tenait tout ce qu'elle pouvait des autres objets nécessaires au service. Parfois, dans le cours de la journée, épuisée par la fatigue, elle s'abandonnait sur une chaise en appuyant sa tête sur son bras gauche; elle s'endormait comme cela pour de courts instants. Ainsi et par son genre de travail et par la façon dont elle se reposait, Mme G... exposait journellement son bras gauche et la moitié gauche de la face à une pression prolongée. Comme nous avons fait remarquer l'influence que la pression a toujours manifestée dans la reproduction des troubles de la sensibilité, je pense que c'est dans les circonstances ci-dessus énumérées, qu'il faut chercher la cause de la systématisation de ces troubles à un côté du corps.

b). Pour ce qui est de la paralysie des membres, il est connu qu'un certain degré de paralysie s'ajoute toujours aux sensations d'engourdissement. Après, nous ferons remarquer qu'à l'époque à laquelle les premiers accès se manifestèrent, l'hystérie de Mme G... était en pleine évolution. Outre la céphalée et la rachialgie, elle éprouvait depuis quelque temps de la faiblesse aux extrémités inférieures; très fréquemment, elle sentait ses genoux se dérober sous elle brusquement; ces phénomènes étaient le prélude de la paraplégie qui se développa plus tard, et il n'y a pas à se tromper sur leur nature : les névroses, les affections de la moelle et des nerfs, qui peuvent les produire ces phénomènes doivent ici être exclus d'une façon absolue. Ils ne peuvent être imputés qu'à l'hystérie et plus particulièrement à cette manifestation spéciale de la névrose, que le Maître a décrit sous le nom de « diathèse d'amiosthénie ». Or, l'on sait que celle-ci peut être généralisée. Y a-t-il à s'étonner que dans notre cas elle frappât le bras gauche, lequel comme les jambes était sujet à un travail journalier très rude?

La raison de ce que les troubles sensitifs et moteurs s'associèrent pour former un accès, qui avait tant de ressemblance avec un accès épileptique, est peut-être à rechercher dans les conditions mentales propres à l'hystérie; nous ne voulons pas ici faire de la psychologie. Cependant, il n'est pas rare d'observer des phénomènes, s'étant manifestés pendant un certain temps séparément, s'associer tout d'un coup pour prendre une forme

d'accès. Dans l'observation suivante, nous trouverons un exemple remarquable de ce fait.

Maintenant nous devons analyser très brièvement les troubles de l'intelligence et de la parole. Parmi les troubles de l'intelligence, le phénomène qui tient la première place c'est la perte de la mémoire. Celle-ci commença à se manifester chez G... pendant l'exercice de son métier, « elle oubliait immédiatement les ordres que les clients lui donnaient », et ce fut une des raisons pour lesquelles elle dut abandonner le service. Or, il faut réfléchir à nouveau combien cela était fatigant à cette époque. Ce travail demandait une vigueur physique peu ordinaire, et une mémoire prompte et résistant au tapage; et à la confusion inévitables dans ces circonstances-là. Y a-t-il lieu de s'étonner que cette tension de l'esprit qui continua pendant longtemps ait épuisé les facultés mentales de G...? Pas du tout; nous le rappelons encore une fois; la névrose de G... était encore dans sa pleine évolution : elle frappa les organes les plus fatigués; c'est dans la règle, ainsi les troubles de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence se développèrent presque contemporainement, comme contemporaines avaient été les causes qui leur avaient donné origine.

Du reste, l'amnésie est loin d'être rare dans l'hystérie. Au contraire, l'on peut dire qu'elle constitue l'un des attributs de l'état mental des hystériques; elle nous explique bien des phénomènes, principalement leurs fréquentes et bizarres contradictions, sur lesquelles trop souvent l'on s'appuie pour les accuser de simulation : nous ne voulons pas faire ici la psychologie de l'amnésie hystérique. Nous rappellerons seulement qu'il y a lieu de distinguer des formes généralisées, localisées et systématisées [1].

C'est parmi celles-ci que nous croyons pouvoir classer des accès d'aphasie motrice, que G... présenta dans sa première

[1] L'amnésie hystérique est à présent l'objet dans la clinique de M. Charcot d'une étude très approfondie. Parmi les cas que j'ai pu y observer j'ai été frappé par le suivant, qui forma l'objet d'une intéressante conférence de M. le professeur Charcot. Il s'agit d'une jeune femme, laquelle après une violente émotion morale, présenta une hystérie convulsive parfaitement caractérisée et un oubli complet de certaines circonstances de sa vie antérieure; entre autres elle avait complètement oublié la langue anglaise qu'elle parlait couramment avant ce moment pour être demeurée trois ans en Angleterre : dans le somnambulisme hypnotique elle réacquérait une partie des conditions perdues et de la façon la plus parfaite la notion de la langue anglaise, qu'elle parlait sans diffi-

année de maladie : « elle oubliait de temps à autre les mouvements nécessaires à l'articulation des mots ». Cette hypothèse nous paraît bien être en harmonie avec l'état mental de la malade, dans lequel la perte de la mémoire comme nous l'avons remarqué plus haut, tenait la première place. Du reste, l'aphasie motrice a été observée d'autres fois dans l'hystérie ; Souza-Leithe en a décrit un cas classique chez une jeune fille de onze ans [1].

L'on peut dire la même chose pour la surdité ; elle peut être provoquée par l'hystérie, comme le prouvent les observations de Fulton, de Zaufall et de Rizu [2].

La guérison survenue est une démonstration qu'il s'agissait bien d'aphasie et de surdité hystériques.

Pour ce qui est de l'amaigrissement, qui avait été une des sources d'erreur, il était, lui aussi, sous la dépendance de la névrose ; et il n'y a dans cette interprétation rien d'étonnant. En effet, l'on sait que la cachexie et le marasme peuvent, dans l'hystérie, atteindre leurs dernières limites jusqu'à la mort [3].

En résumé, nous avons mis en relief dans G... la présence de la névrose hystérique : nous avons cherché à montrer que ses accès d'épilepsie sensitive, ses troubles du langage et de l'intelligence étaient sous la dépendance de la névrose. Nous devons maintenant rechercher si cette symptomatologie pourrait bien s'adapter avec l'hypothèse d'une lésion organique

culté pendant l'hypnose, tandis qu'au réveil l'oubli le plus complet se rétablissait. Cela est un exemple classique d'amnésie systématisée.

Voir : *Sopra un caso di amnesia retro-anterograda*. Lezione del Prof Charcot, in Riforma medica 1891, et les très intéressantes conférences de M. le Dr Janet sur *l'anesthésie et l'amnésie hystérique*, dans les *Archives de Neurologie*, 1892.

[1] Souza-Leithe. — *Etudes de pathologie nerveuse*, Steinheil, Paris, 1889.

V : Strassmann. — *Ein Fall von hysterischer Aphasie bei einem Knabe, combinirt mit facialis Paralysie. D. medicinische W*, 1890.

[2] Fulton. — *Ein Fall von hysterischer Thaubheit Zeitschrift fur Ohrenheilkunde*, B. XV, 1886, p. 307-310.

Zaufall.— *Casuistische Mittheilungen aus der Klinik fur Ohrenkranken Prager medicinische Wochenschrift*, Nos 22, 23, 24 juin 1880.

Rizu.— *Surdimutité hystérique chez l'homme succédant à des attaques de périodicité annuelle*. (*Bulletin de la Société des médecins de Jassyr* 1887.)

[3] Voir dans les *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 243, la relation d'un cas extrêmement intéressant à ce propos.

corticale; dans le cas négatif, nous aurions ainsi une démonstration en plus pour appuyer notre diagnostic.

Avant tout, nous ferons remarquer, en général, que l'absence d'exagération des réflexes, des parésies ou paralysies persistantes, de rigidité pupillaire, de lésions endoculaires, parlent contre l'hypothèse d'une lésion organique, en considérant particulièrement que la maladie a duré presque trois ans.

En deuxième lieu, en passant en revue les différentes maladies qui pourraient avoir donné origine aux accès épileptiformes nous allons voir qu'aucune d'elles ne pourrait être admise sinon à titre d'exception très rare.

En supposant une lésion organique du cerveau, nous devrions admettre deux foyers, dont l'un dans l'hémisphère droit en correspondance du centre moteur du bras, l'autre dans l'hémisphère gauche en correspondance de la circonvolution de Broca. Cette multiplicité des foyers, s'étant établie presque contemporainement, nous porte tout de suite à discuter en première ligne l'hypothèse d'une :

a. — *Syphilis cérébrale* : 1° Ses phénomènes les plus caractéristiques sont absents. Il n'y a pas la céphalée nocturne, intense, profonde, qui est caractéristique de la syphilis cérébrale. La céphalée ici est très superficielle; on la provoque avec un très léger frottement de la peau, tandis que la percussion sur le crâne reste sans effet. Il manque l'exagération des réflexes qui est un phénomène presque constant, selon Fournier[1].

Enfin l'évolution de la maladie est bien différente dans la syphilis cérébrale. Ici, les phénomènes ont été plus graves dans les premières années de la maladie : ils ont eu pour ainsi dire une explosion tumultueuse, puis, graduellement, ils ont diminué d'intensité; les accès d'aphasie motrice ne se sont pas représentés. C'est le contraire que l'on observe dans la syphilis cérébrale. Si l'on ajoute à cela l'absence de tout signe de l'infection syphilitique, nous aurons un ensemble d'arguments très solides pour exclure une telle hypothèse.

b. — S'agirait-il de tuberculose? Les antécédents héréditaires et personnels de la malade, son amaigrissement auraient bien pu le faire supposer; mais cette hypothèse ne nous paraît pas admissible. En effet, si le foyer cortical eût été unique l'on

[1] Fournier. — *La syphilis du cerveau*, Paris, 1889.

aurait pu supposer un tubercule solitaire, lequel après avoir donné lieu à des phénomènes irritatifs dans le moment de son développement eût subi après la transformation fibreuse ; son atrophie et une espèce d'assuéfaction de l'écorce subjacente auraient bien pu expliquer la diminution et l'arrêt des symptômes. Mais cette hypothèse, qui aurait été admissible avec grand peine si le foyer eût été unique, devient presque absurde dans notre cas dans lequel les lésions seraient multiples. De plus, ella n'est pas conciliable avec les très mauvaises conditions générales dans lesquelles Mme G... s'est trouvée pendant presque deux ans. Nous ferons, en outre, remarquer que le siège de prédilection de la tuberculose de l'écorce cérébrale, c'est le lobule paracentral, à savoir les centres excito-moteurs de la jambe, tandis que dans notre cas les accès commencent par le bras [1].

c. — Les accès épileptiformes seraient-ils la première manifestation de la sclérose disséminée? Il n'y a aucun symptôme de cette maladie dans G... c'est vrai que Lœwenfeld [2] rapporte le cas d'une femme de trente-quatre ans chez laquelle pendant six ans des convulsions limitées au bras gauche furent l'unique symptôme de la sclérose en plaques dont le tableau complet se développa plus tard. Mais ce fait d'une sclérose en plaques, maladie éminemment diffuse qui se manifeste pendant six ans avec un seul symptôme, nous paraît tellement exceptionnel, que nous ne croyons pouvoir le prendre comme base d'un diagnostic.

d. — Aurait-on à faire avec la méningite chronique de l'adulte à type hystéro-épileptique, décrite par le docteur J. Lombroso [3] ? — Il manque de cette forme les phénomènes les plus caractéristiques, la rigidité pupillaire, les altérations du fond de l'œil, les vertiges, la céphalée matutinée, etc.

e. — La paralysie générale et les tumeurs malignes ne pourraient entrer en discussion ici pour des raisons évidentes.

f. — Serait-ce l'épilepsie sensitive, dans notre cas l'équi-

[1] Lœwenfeld. — *Contribution à l'étude de l'épilepsie Jacksonienne.* (*Arch. fur Psichiatrie*, XXI. Observation première.)

[2] V. Charcot. — *Epilepsie partielle crurale et tuberculose de la région paracentrale.* (*Gazette hebdomadaire de Paris*, 1891.)

[3] *Della meningite cronica dell' adulto e di una sua forma a tipo isteroepilettico.* (*Lo Sperimentale*, 1891.)

valent du mal comitial ? Tous les autres phénomènes de cette maladie sont absents; en outre, l'on sait que son début au delà de trente ans est très rare.

Comme conclusion, nous voyons que l'épilepsie, soit essentielle, soit de cause organique, ne pourrait être admise, dans notre cas, qu'en nous basant sur des données exceptionnelles; tandis que l'hypothèse d'hystérie est en parfaite harmonie avec tous les phénomènes, avec l'évolution de la maladie et avec son issue. Nous nous croyons donc autorisé à maintenir dans ce cas le diagnostic d'hystérie.

Cette observation nous démontre combien M. Charcot est dans le vrai lorsqu'il affirme que les symptômes sont comme les lettres de l'alphabet; en les considérant isolément elles n'ont pas de signification, tandis que, associées, elles acquièrent la valeur d'une idée.

Observation II. — *Hystérie à forme d'épilepsie partielle motrice.*

Cha..., âgé de trente-six ans, lithographe, entre le 15 juin 1892 à la Salpêtrière (service de M. le professeur Charcot).

Antécédents de famille. — Ses aïeuls maternel et paternel sont morts à un âge très avancé, il ne sait si c'est par maladie ou par vieillesse. Son père est un homme très vigoureux et très sobre, tout à fait exempt de nervosisme. Il mourut à l'âge de soixante-cinq ans, huit jours après avoir subi l'extraction d'un calcul de la vessie et, paraît il, à la suite de cette opération. Cha... a deux frères, l'un âgé de quarante-deux ans, l'autre de trente-huit, ils sont couvreurs de leur état. Tous les deux jouissent d'une très bonne santé ; l'aîné aime les boissons alcooliques, le plus jeune est sobre ; tous les deux sont un peu emportés. Une sœur aînée de Cha... de l'âge de cinquante-trois ans est obèse, mais elle ne présente pas de troubles nerveux. La mère au contraire, est très emportée et, paraît, un peu bizarre ; à l'âge de soixante-quatre ans, malgré les désirs de toute sa famille, elle voulut se remarier; mais cette union ne fut pas heureuse, les disputes conjugales étaient très fréquentes; dans une de celles-ci, elle reçut sur l'œil droit un très fort coup de poing; il s'en suivit tuméfaction et suppuration qui dans peu de mois, ainsi affirme Cha..., entraîna la mort. Pour compléter ce croquis sur l'état de famille de Cha..., je dois ajouter qu'une sœur de sa mère est très emportée et impressionnable, que deux de ses nièces, filles de la sœur obèse, souffrent d'attaques hystériques.

Antécédents personnels. — Cha..., dans son enfance n'eut aucune maladie : il urina au lit jusqu'à l'âge de douze ans, mais dans cette époque il ne présenta jamais d'accès convulsifs. A l'âge de

quatorze ans, il entre comme apprenti dans une lithographie; ici pour son caractère très impressionnable et emporté il devient bientôt l'objet des railleries de ses camarades qui se moquent de lui et le font l'objet de plaisanteries quelquefois brutales. Son caractère change, il devient triste, taciturne; des céphalées très violentes se manifestent; de temps à autre des crampes aux doigts de la main droite qui l'obligent à interrompre le travail. Ceci lui devient de plus en plus pénible; à la fin de 1877, il abandonne la lithographie et il entre dans une fabrique de céramique comme imprimeur. Dans son nouveau métier il est obligé de manier des couleurs à base de plomb en poudre. Les effets de l'intoxication saturnine ne tardent pas à se manifester; des coliques violentes, de l'anémie et un amaigrissement notable l'obligent bientôt à abandonner cette fabrique à la fin de l'année 1880. Il travaille successivement dans deux établissements lithographiques en maniant le noir d'Allemagne, couleur à base de plomb, mais qu'il croit moins nuisible parce qu'il est dissous. Dans cette période sa condition de santé s'améliore légèrement, mais l'espoir de se conquérir une position plus aisée et plus sûre le conduit à abandonner son métier et il entre en 1883 à l'arsenal de Puteaux comme cartouchier, en attendant l'emploi plus commode et plus lucratif d'imprimeur, qui lui avait été promis à brève échéance.

Là, il eut à subir de violentes émotions morales. Parmi les cartouches qui lui avaient été confiées, une cartouche Lebel fut soustraite; la peur d'en être accusé le préoccupa énormément jusqu'à ce que le vrai coupable fut découvert. Après cet incident, les maux de tête, qui avaient continué à le tourmenter, devinrent plus intenses et plus fréquents, s'accompagnant très souvent de diplopie et d'étourdissements. Cette diplopie lui arrivait soit pendant qu'il était à son travail, soit dans les autres conditions de la vie. En 1884, il fut mordu par un chien à un doigt de la main droite; il perdit beaucoup de sang et la peur que le chien fut enragé le préoccupa pendant plusieurs mois: en outre de cela il souffrait de violentes douleurs à l'endroit de la morsure qui s'irradiaient à la face externe du bras et à l'épaule. La douleur était plus forte le matin lorsqu'il se réveillait, la main devenait froide, le bras lourd et faible, presque complètement paralysé et trois heures environ devaient s'écouler avant que Cha... pût reprendre son travail. Après quatre mois Cha... pût se convaincre que le chien n'était pas enragé; les douleurs et la paralysie transitoires, disparurent; seulement, de temps à autre, Cha... éprouvait des faiblesses dans la main et parfois les objets, qu'il tenait, lui échappaient. En outre de cela, le bras droit devint le siège d'un tremblement dont les caractères seront étudiés plus loin.

Dans le mois de septembre de la même année, Cha... eut une très grave hémoptysie, à la suite de laquelle il dut garder le repos

le plus absolu pendant un mois ; à cette période il commença à tousser, particulièrement le matin, expectorant très abondamment des matières muco-purulentes. Les accès de diplopie avec étourdissements s'accompagnèrent de faiblesses qui lui survenaient subitement, il avait la sensation de la défaillance, il était obligé de s'asseoir; après quelques instants tout rentrait dans l'ordre et Cha... pouvait reprendre son travail. Il continua comme cela jusqu'en 1886. Ce fut en mai de cette année que les attaques constituées jusqu'à ce moment par la diplopie et les étourdissements se complétèrent en présentant le tableau suivant :

Très souvent à la suite de contrariétés, mais quelquefois sans aucune cause apparente, Cha... est pris d'une céphalée très intense, il ressent comme une boule qui de l'estomac lui remonte à la gorge, il se sent suffoqué, sa langue lui paraît enflée, paralysée, il ne peut pas parler, il voit les objets doubles, ses tempes battent avec violence et ses oreilles sifflent, son intelligence se trouble, les idées deviennent confuses; ces phénomènes durent deux ou trois minutes, après, Cha... émet un cri rauque et il tombe à la renverse perdant complètement connaissance. La tête est alors dans une extension exagérée, sa face congestionnée, la bouche est tirée vers la droite, les membres raidis, les poings fermés; la respiration est ronflante, de l'écume sanguinolente s'accumule aux angles des lèvres. Après quinze ou vingt minutes, Cha... reprend parfaitement la conscience en se sentant beaucoup fatigué. Des attaques semblables à celles-ci se sont reproduites jusqu'à l'époque présente à des intervalles irréguliers (en moyenne tous les deux ou trois mois), avec les mêmes caractères. Cependant il est intéressant de noter que de temps à autre l'attaque est précédée soit d'un léger tremblement du bras droit, soit d'une légère parésie du même membre, soit de tous les deux à la fois. Quelquefois ces légers tremblements se continue quelques secondes même après la perte de connaissance.

En 1891, Cha... n'espérant plus pouvoir obtenir dans l'arsenal l'emploi d'imprimeur, qu'il attendait depuis si longtemps, en sort pour aller travailler dans une lithographie. Mais la paye, très minime, la peur de devenir impuissant au travail, la préoccupation de ne pouvoir pas satisfaire à ses engagements lui inspire un désespoir très grand et l'idée du suicide se présente à son imagination avec une insistance toujours croissante; il paraît qu'une telle idée occupe son esprit même pendant l'attaque, en effet depuis quelque temps (et c'est là le phénomène auquel nous faisions allusion plus haut), pendant l'attaque il sort brusquement du lit en se dirigeant vers la fenêtre; cet acte, qu'il accomplit, dans la plus profonde inconscience, a éveillé dans l'esprit des personnes présentes l'idée qu'il voulait se précipiter dans la rue pour se tuer; du reste, il n'oppose pas de résistance lorsque l'on veut le recoucher, il dort pen-

dant plus d'une heure et, puis après il retrouve sa conscience en oubliant complètement tout ce qu'il lui est arrivé.

Cha... depuis douze ans fait vie commune avec une femme pour laquelle il a beaucoup d'affection. Voici les renseignements que cette dame nous donne sur le caractere de Cha... : il est très affectueux, triste, surtout avant la crise, il s'émotionne avec une facilité extraordinaire, il est continuellement préoccupé par la crainte de la misère, il est de caractère faible, il change très souvent de résolution, toujours anxieux de trouver une situation qui le mette à l'abri définitivement du besoin.

Examen objectif. — Cha... est de très haute taille, bien conformé; la couleur de sa peau est pâle, légèrement terreuse, il est assez maigre et il donne en somme l'impression d'un individu qui ne jouit pas d'une bonne santé. Il se plaint de fréquentes faiblesses avec sensation de défaillance; il a tous les matins des accès de toux avec expectoration rare.

Sensibilité. — Dans le côté gauche du corps, on observe une perte absolue de la sensibilité tactile, douloureuse et thermique; seulement le sens musculaire est conservé, mais très affaibli.

Le goût et l'odorat sont abolis complètement des deux côtés. Cha... ne distingue pas l'odeur du sulfate de carbone ni le goût d'une forte solution saline étalée sur la langue. L'ouïe a diminué à gauche.

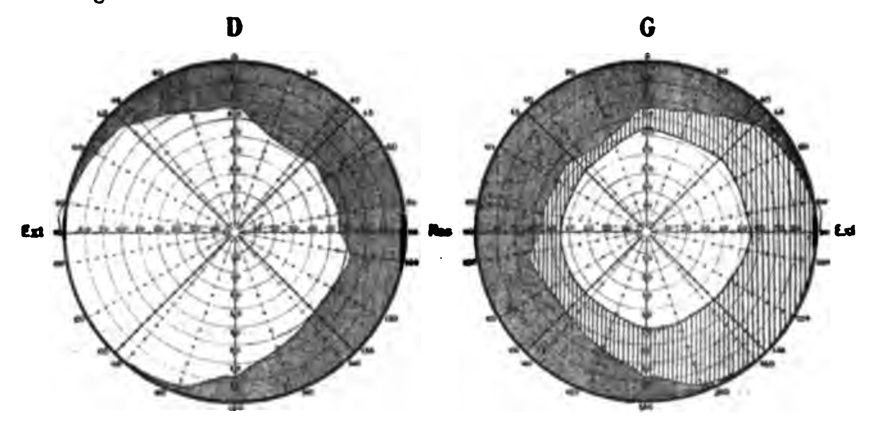


Fig. 3 et 4. — Char... 15 juin 1892.

Appareil de la vision (Examen fait par le Dr Parinaud). — Les globes oculaires sont mobiles normalement dans toutes les directions. Pas de nistagmus. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Pas de diplopie à l'examen avec les verres

de couleurs. Il y a anesthésie complète des conjonctives des deux côtés. (*Fig.* 3 et 4.)

Œil gauche. — Il y a poliopie, macropsie et micropsie; discromatopsie complète pour toutes les couleurs; rétrécissement du champ visuel à 60°. Pas de lésion du fond de l'œil.

Œil droit. — Rétrécissement du champ visuel à 65°. Légère discromatopsie. Pas de lésion du fond de l'œil.

Motilité. — Cha... résiste très bien aux mouvements passifs, imprimés aux différents groupes musculaires de ses membres. La station debout, la démarche ne présentent pas d'anomalie. Pas de signe de Romberg.

Le membre supérieur droit est le siège d'un tremblement qui change de caractère d'un moment à l'autre; il est en général à oscillations très brèves et rapides, lesquelles parfois deviennent plus amples et plus lentes, il se manifeste à l'état de repos, ne s'exagère pas pendant le mouvement, il apparaît et disparaît avec une très grande facilité à la moindre occasion. Par exemple, tandis que Cha... présentait son tremblement au maximum, je l'invite à écrire son nom, ce qu'il exécute avec une calligraphie très belle et très sûre; une autre fois, tandis que j'étais en train de lui prendre le tracé de son tremblement avec l'appareil de Marey, je n'ai pas pu le faire parce que le tremblement s'arrêta tout de suite.

Réflexes. — Les réflexes conjonctivaux et pharyngiens sont absents. Les reflexes tendineux sont tout à fait normaux. Pas de différence d'un côté à l'autre. Le clonus du pied est absent.

Examen viscéral. — Il nous révèle l'existence d'un emphisème pulmonaire, d'une bacillose au sommet droit et d'une sténose mitrale. En effet, la sonorité est exagérée antérieurement sur toute la surface de la poitrine. La matité absolue de la région précardiaque a disparu. L'obtusité hépatique commence sur la ligne axillaire à la septième côte. Dans la région sous-claviculaire droite très légère hypophonèse. A l'auscultation l'on observe une respiration exagérée antérieurement et postérieurement dans les 2/3 inférieurs du poumon. Dans le 1/3 supérieur l'inspiration est faible et rude, l'expiration prolongée avec des ronchus très nombreux particulièrement au sommet droit.

Le choc du cœur est apprécié dans le cinquième espace intercostal un peu en dehors du mamelon. Le ton systolique à la pointe est dur, frappant. Dans le deuxième espace intercostal le bruit diastolique est très manifestement dédoublé. Ce dédoublement est très exactement limité à la base du cœur, et il ne se modifie pas pour les mouvements respiratoires. L'examen des viscères abdominaux donne des résultats négatifs.

Diagnostic. — 1° L'interprétation des crises convulsives,

dont Cha... est victime, paraît au premier abord presque banale; en effet, la parésie, le tremblement du bras, l'aphasie motrice, tous phénomènes qui accompagnent ou précèdent la crise, trouveraient une explication tout à fait naturelle dans une lésion organique située au niveau de la circonvolution de Broca ou vers la moitié de la circonvolution frontale ascendante : de là partirait l'excitation épileptogène, laquelle en se répandant à travers de l'écorce cérébrale donnerait lieu à des phénomènes diffus (perte de la connaissance, contracture généralisée avec morsure de la langue). Cette succession de phénomènes n'est pas rare dans l'histoire des lésions corticales et ce n'est pas ici le lieu d'insister. Ce que nous voulons mettre en relief, c'est que la supposition que nous venons d'exposer n'avait rien d'invraisemblable; en effet, Cha... avait été envoyé à l'institut Pasteur pour y être soumis aux inoculations antiépileptiques; de là, il fut adressé à la Salpêtrière, comme suspect d'une lésion organique du cerveau.

Ce qui contribuait à rendre le diagnostic très difficile c'était la morsure de la langue, qui arrivait constamment dans toutes les attaques. Or, on sait que c'est là un phénomène presque caractéristique de l'épilepsie, mais il peut arriver aussi dans l'attaque hystérique; M. Charcot l'a observé quelquefois.

Du reste, il en est de ce cas comme du précédent : si l'on s'en tient à l'examen de la crise en elle-même, le diagnostic d'une grave lésion organique s'impose. Si l'on cherche à interpréter les phénomènes convulsifs en les mettant en rapport avec les antécédents morbides du malade, on arrive à une conclusion diamétralement opposée. C'est ce que nous allons démontrer, en analysant rapidement l'histoire pathologique de Cha....

2° Avant tout, Cha... est prédisposé par hérédité aux maladies nerveuses. Cette prédisposition héréditaire se manifeste dès son enfance par un caractère triste, impressionnable, taciturne et par des céphalées très fréquentes et persistantes. Cha... a manié le plomb pendant longtemps, il a même présenté des phénomènes d'intoxication saturnine, il a eu à une certaine époque de son existence une forte hémorrhagie, il est atteint d'une affection cardiaque. Or, on connaît la relation qui existe entre ces ordres de causes et le développement de l'hystérie grave[1].

[1] V. G. Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, Paris, 1889. — Giraudeau. *Rétrécissement mitral et hystérie chez l'homme.* (*Arch. gén. de méd.*, nov. 1890.)

Nous avons donc là des causes très puissantes d'hystérie qui ne pouvaient pas manquer de produire leur effet sur un terrain ainsi prédisposé par hérédité.

a). A vingt-quatre ans, Cha... est victime d'une violente émotion morale. Les céphalées, auxquelles il était sujet dès sa jeunesse, s'aggravent; de temps à autre elles s'accompagnent de diplopie et des étourdissements qui se présentent sous une forme accessionnelle. Qu'étaient ces accès ? Etaient-ce des équivalents d'accès comitial ? Manifestations céphaliques d'une sclérose en plaques au commencement ? Ebauchess d'attaque hystérique ? La dernière hypothèse nous paraît la plus vraisemblable; en effet, l'accès comitial n'est jamais précédé, que je sache, par la diplopie : pour ce qui est de la sclérose à plaques, tous ses phénomènes sont absents ici, tandis que les stigmates oculaires de l'hystérie sont au grand complet. Or, la diplopie n'est pas un phénomène rare dans l'hystérie et la parfaite fonctionnalité des muscles de l'œil, l'absence de phénomènes d'une autre maladie qui pourrait nous expliquer la diplopie, nous autorisent à la considérer dans notre cas comme une manifestation hystérique.

b). En 1884, Cha... est mordu par un chien au pouce de la main droite ; émotion très forte entretenue par la peur que le chien fût enragé; pendant quatre mois, il a des accès quotidiens intermittents de paralysie au bras droit qui cessent de se présenter depuis que Cha... est convaincu que le chien n'était pas enragé, seulement de temps à autre se présentaient des faiblesses transitoires à la main droite, de laquelle quelquefois Cha... laisse échapper les objets.

L'interprétation de ces phénomènes n'est pas douteuse. Le caractère éminemment transitoire et intermittent, l'absence absolue d'altération trophique de la main et du bras, l'intégrité des réflexes et surtout les circonstances qui leur ont donné origine démontrent bien qu'il s'agit de simples troubles fonctionnels.

L'on peut dire la même chose pour le tremblement. Son caractère intermittent, son rythme changeant d'un moment à l'autre, sa non-modificabilité par le repos et par le mouvement, son apparition et disparition pour des causes insignifiantes, ne laissent pas de doutes sur sa nature ; évidemment il s'agit d'un tremblement fonctionnel et comme Cha... est hystérique, comme nous le démontrons par l'examen objectif,

c'est à l'hystérie qu'il faut attribuer tous ces troubles moteurs.

c). Dans la même année, Cha... présente une hémoptysie très grave. L'examen objectif nous en donne les raisons; en effet, nous avons trouvé au sommet droit des phénomènes de bacillose [1].

Dès cette époque, Cha... est sujet très fréquemment à des sensations de défaillance qui l'obligent à s'asseoir et à interrompre son travail; cette sensation se présente sous une forme d'accès et s'accompagne de céphalée, de diplopie et d'étourdissements. Ces sensations sont-elles dues à l'anémie cérébrale consécutive à l'hémorrhagie? Il est possible que celle-ci fût l'interprétation plus juste au commencement; mais comment expliquer leur persistance depuis que Cha... eut réparé les fâcheuses conséquences de sa bronchorrhagie, de façon à pouvoir reprendre son travail? Comment s'expliquer leur forme d'accès en union aux autres phénomènes qui existaient auparavant? Il nous paraît plus logique de les interpréter comme une forme pas encore complète d'attaques hystériques.

d). En 1886, enfin, des attaques convulsives éclatent et persistent jusqu'à présent avec le même caractère, sinon que depuis quelques mois il s'y est ajouté une ébauche de délire.

En résumé, dans la première jeunesse, caractère triste, impressionnable, céphalées fréquentes, intoxication saturnine; émotion morale grave et aggravation de la céphalée, diplopie, étourdissements sous forme d'accès; léger traumatisme : paralysie et tremblement du bras droit; hémoptysie grave et accès de céphalées, diplopie, étourdissements avec sensation de défaillance; enfin, crises convulsives avec perte de la conscience. Telle est l'histoire pathologique de Cha.... Il est très facile de voir qu'elle se compose de tant d'épisodes pathologiques, chacun desquels par ses caractères intrinsèques, et par la nature de sa cause occasionnelle et par son manque de proportion avec l'intensité de cette cause, porte imprimé le cachet de la névrose hystérique. Il est intéressant

[1] La raison de ce que la tuberculose est restée limitée depuis si longtemps à l'apex pulmonaire est peut-être à rechercher dans l'emphysème pulmonaire diffus, dont nous avons trouvé les signes dans Cha.... Du reste Ziemssen observe que l'évolution de la tuberculose est plus bénigne dans les cas qui commencent comme celui-ci par une bronchorragie très grave?

de remarquer comment chacun de ces phénomènes s'est superposé au fur et à mesure aux phénomènes antécédents de façon à dessiner graduellement une attaque toujours plus complète.

3° Les attaques actuelles sont donc pour ainsi dire le résumé de tous les épisodes morbides antécédents. Nous y retrouvons la céphalée, la diplopie, l'étourdissement, la parésie, le tremblement du bras droit; en plus, s'y sont ajoutés tous les phénomènes de l'aura hystérique au grand complet, à savoir la boule qui remonte à la gorge, la sensation de suffocation, le sifflement dans les oreilles, le battement dans les tempes. La sensation de défaillance a été poussée jusqu'à la perte de la conscience, et voilà l'attaque constituée.

Or, pourrions-nous logiquement renier la relation qui existe entre celui-ci et les antécédents morbides de Cha...? Et si nous avions pu démontrer que ceux-ci sont de nature hystérique, comment pourrions-nous admettre pour la crise actuelle une origine différente ?

En présence de l'évolution de la maladie ainsi nette dans sa signification étiologique et symptomatique, nous ne pouvons nous en laisser imposer par un seul symptôme tel que la morsure de la langue. Ceci du reste peut se rencontrer dans les attaques hystériques ; notre éminent maître en a observé des exemples. Pour ce qui est de l'aphasie motrice nous savons ce qu'il faut en penser. Elle peut s'observer dans l'hystérie aussi bien que dans les lésions organiques.

Pour confirmer la nature hystérique de la crise, nous avons encore un autre épisode qui s'y est interposé depuis quelque temps : Cha..., quelques minutes après avoir perdu la conscience, se lève brusquement en se dirigeant vers la fenêtre ; cet acte pourrait bien être interprété comme un délire d'action, et sa manifestation pendant l'attaque et dans l'état d'inconscience parfaite tient plus de la grande attaque hystérique que de l'épileptique. Il faut noter encore que jamais le malade pendant l'attaque n'a uriné sous lui, comme il arrive d'ordinaire dans l'accès épileptique.

4° Nous avons enfin dans Cha... des stigmates hystériques bien caractérisés : 1° une hémianesthésie sensitivo-sensorielle à gauche, et un rétrécissement concentrique du champ visuel. Tous ces phénomènes peuvent être observés dans l'épilepsie, mais seulement d'une façon transitoire. Le professeur Charcot

et le Dr Parinaud (*Leçons du Mardi*, 1889, p. 422) ont démontré, en se basant sur 74 observations d'épileptiques, que le rétrécissement suit immédiatement les accès, exceptionnellement il peut les précéder comme une aura; jamais il n'est permanent, à moins que l'hystérie ne complique l'épilepsie comme il arrive sur 11 des 74 cas étudiés par ces observateurs, ou à moins que les accès ne se succèdent avec une grande fréquence (chaque cinq ou six jours). Aux mêmes conclusions est arrivé d'Abundo, lequel, en outre, a observé que le champ visuel dans l'épilepsie a des contours très irréguliers.

Dans notre cas, le rétrécissement a persisté pendant tout le temps passé par Cha... dans la clinique (douze jours), et pendant cette période le malade n'a pas présenté d'attaques. En outre, la forme du rétrécissement est très régulière comme on peut s'en convaincre en observant le schéma. Il présente donc l'évolution et le caractère du rétrécissement que l'on observe dans l'hystérie.

Pour ce qui est de l'hémianesthésie, les considérations sont les mêmes, elle peut survenir après l'accès épileptique, mais d'une façon transitoire. De plus, elle n'est pas aussi complète et profonde que dans l'hystérie : c'est ce qu'enseigne M. le professeur Charcot. Contre cette manière de voir se sont élevés récemment MM. Féré et Déjérine. Dans une récente communication à la Société de biologie (séance du 2 août 1892, *Semaine médicale*, p. 311), Féré rapporte que dans les deux tiers des épileptiques il a trouvé des altérations de la sensibilité spécifique particulièrement du goût et de l'odorat, en outre des altérations de la sensibilité générale. Il en conclut, avec M. Déjérine, qu'il y a une hémianesthésie sensitivo-sensorielle épileptique impossible à distinguer de celle qui accompagne l'hystérie. Mais nous ferons observer que pour constater la modification de la sensibilité spécifique, M. Féré s'est servi d'un procédé qui consiste à chercher le minimum perceptible étudié au moyen de solutions titrées décimales de substances cristallisables. Or, la délicatesse du procédé employé par Féré nous paraît dénoter que les altérations qu'il cherche doivent être bien légères, tandis que dans l'hystérie il n'y a pas besoin de procédés délicats; les plus fortes stimulations ne sont pas perçues. Dans notre cas le sulfure de carbone et une solution saline très forte n'ont produit aucune sensation.

L'anesthésie était profonde et le sens musculaire avait presque disparu. De plus elle a persisté longtemps comme le rétrécissement du champ visuel : nous pouvons donc les considérer tous les deux comme la caractéristique de la névrose hystérique et pas de l'épilepsie.

En outre de ces stigmates nous en avons d'autres non moins importants, nous voulons parler des troubles oculaires caractérisés par la polyopie, par la micropsie, par la macropsie monoculaire ; ces troubles de l'accommodation, selon le Dr Parinaud, dont la compétence dans cette matière est bien connue, sont presque spécifiques de la névrose hystérique.

Comme conclusion, l'examen objectif en nous révélant des stigmates très nets de la névrose hystérique confirme notre diagnostic d'hystérie qui était basé sur l'étiologie et sur l'évolution de la maladie.

OBSERVATION III. — *Hystérie à forme d'épilepsie partielle crurale.*

Bar..., âgé de dix-sept ans, de Limoges, entre le 3 juin 1892 à la Salpêtrière (service de M. le professeur CHARCOT).

ANTÉCÉDENTS DE FAMILLE. — Son père mourut à l'âge de quarante-cinq ans, après une maladie de deux mois, sur laquelle on ne peut pas avoir de renseignements précis. Sa mère vit, et jouit d'une très bonne santé. Ses aïeux sont morts à un âge très avancé ; il a un frère de dix-neuf ans un peu irritable. Sa sœur, âgée de douze ans, est très bien portante. De ses parents aucun ne souffre de maladies nerveuses.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Dès sa première enfance B..., a exercé le métier de saltimbanque avec sa famille. A cause de son métier il est tombé très fréquemment de hauteurs parfois considérables en frappant de la tête : à dix ans il tomba sur son bras droit en se luxant l'épaule, laquelle fut remise à sa place immédiatement ; ni de cette chute ni des autres il ne s'ensuivit pas d'autres conséquences.

Malgré la dureté de son métier vagabond, B... a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de treize ans. A cette époque il se trouvait un jour sur la place publique pendant qu'un orage très fort éclatait ; la foudre tomba près de lui, B... fut tellement effrayé qu'il perdit connaissance et tomba à terre. Dans cet état d'inconscience qui dura quelques minutes, il ne se mordit pas la langue et n'urina pas sous lui. Lorsqu'il revint à lui, il était simplement un peu étourdi ; son étourdissement se dissipa bientôt et pour un an il n'eut à souffrir aucun trouble digne d'être remarqué. Un

an après son premier accident sa maladie actuelle se manifesta de la façon suivante. Une nuit, tandis qu'il dormait très profondément, la scène de la foudre se représenta à son esprit; très effrayé il se réveilla en sursaut avec une très violente angoisse précordiale. Il ressentit au mollet de la jambe gauche une crampe très douloureuse, une sensation de froid qui envahit très rapidement la partie gauche de son corps; la jambe se raidit en extension et fut soulevée au-dessus du lit, le bras en extension et en forte adduction se leva au-dessus du niveau de l'horizontale, l'angle labié gauche s'étira en dehors, après les deux membres successivement furent pris de convulsions cloniques très rapides, ayant commencé par la jambe et qui respectèrent les muscles de la face et des yeux. Après quelques minutes la crise prit fin, en laissant B... très fatigué.

Des attaques semblables à celle-ci se répétèrent pendant trois mois tous les huit ou dix jours, en se présentant le matin ordinairement vers les 5 heures; après, ils survinrent même pendant le jour; trois fois C... tomba devant le public. Effrayé par ces attaques qui augmentaient de fréquence, son état physique et moral se troubla; six mois après au commencement de la maladie il fut obligé d'interrompre son métier. Soumis à un traitement hydrothérapique, il s'en trouva bien; les crises nerveuses s'arrêtèrent et B... parut guéri. Au commencement de 1890 il reprit son travail; mais les affaires allaient mal pour la petite troupe; B... s'alimente mal et dort peu; ainsi après quatre mois d'accalmie les convulsions reprennent avec une intensité plus grande; dans une journée il présente vingt-huit attaques convulsives; il entre alors à la Salpêtrière, il y reste trois mois, soigné avec des douches et du bromure, il en sort guéri. Il reprend son métier; après huit mois de bonne santé, une nouvelle série d'attaques se représente; il rentre alors pour la deuxième fois à la Salpêtrière en janvier 1891, il en sort en bonne santé le 11 février. Au commencement d'avril, nouvelle série d'attaques, il rentre à la Charité où on le traite par l'hypnose. Sorti de la Charité il se trouve bien jusqu'au 29 mai; ce jour-là, à 5 heures du matin, une de ses attaques ordinaires le prit. A la fin de l'attaque le bras et la jambe gauche étaient complètement paralysés, le mouvement le plus léger même avec le doigt est impossible, le bras pend flasque le long du corps, la jambe gît dans le lit comme une masse inerte. Les plus fortes excitations, comme les brûlures, les sinapismes appliqués sur la peau, ne sont pas ressentis; le sens musculaire est aboli, B... ne sent pas ses membres. A ces attaques s'en ajoutèrent seize à de brefs intervalles, dans la même journée. Après la dernière attaque, qui survint le soir à huit heures, il ressentit dans la jambe et dans le bras une sensation de chaleur, en peu de minutes le mouvement revint complètement dans les deux membres et C... fut en mesure de pouvoir sortir de son lit.

Le jour suivant, il eut deux attaques, une le matin à 8 heures et l'autre le soir. Elles ne furent pas suivies de paralysie.

Le troisième jour il eut une attaque le matin à 5 heures, qui fut suivie de perte de la connaissance, qui dura vingt minutes. Cette attaque ne fut pas suivie non plus de paralysie des membres. Le fait d'avoir perdu connaissance, ce qui lui arrivait pour la première fois depuis l'accident de la foudre, effraya beaucoup B.... Le jour suivant il entra à la Salpêtrière.

Examen objectif. (Pratiqué le 4 juin 1892.) — B... est un garçon pâle et maigre, il a l'apparence d'un enfant de douze ans, tandis qu'il en a dix-sept. Il a le crâne très développé, le cou long et maigre, les yeux vifs et intelligents. Dans l'ensemble, il ne donne pas l'impression d'une santé très bonne.

Sensibilité. — La sensibilité a la douleur, tactile et thermique est abolie complètement dans toute la moitié gauche du corps. On n'obtient pas de sensation de chaleur avec le thermo-esthésiomètre chauffé à 60 degrés. L'anesthésie est profonde : on peut tordre les articulations sans que B... montre de la souffrance. Le sens musculaire est absent. B... ignore absolument les diverses positions imprimées à ses membres gauches. Les conjonctives et le pharynx sont insensibles des deux côtés. Le *goût* et l'*odorat* sont abolis complètement. Leur abolition est bi-latérale.

Appareil de la vision. — Il y a à gauche un rétrécissement con-

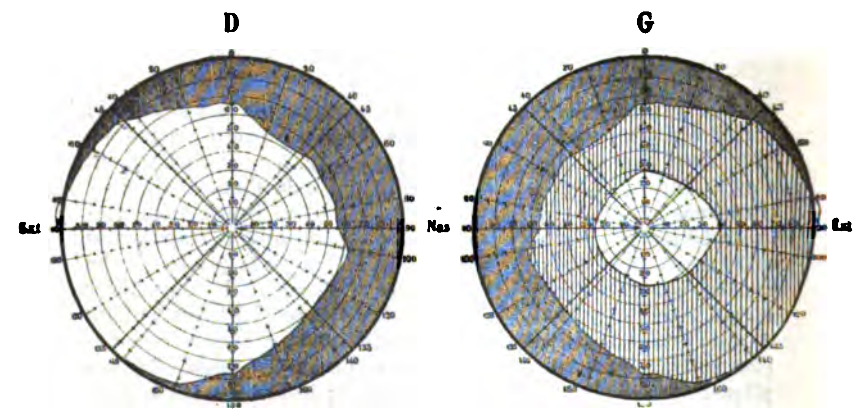


Fig. 5 et 6. — Bar... 20 juin 1892.

centrique du champ visuel à 40 degrés. La perception chromatique est affaiblie. La perception du violet est abolie complètement. Le contraste qui existe entre les deux côtés est frappant : tandis qu'avec l'œil droit il reconnaît rapidement les plus légères grada-

tions de toutes les couleurs, le violet compris, du côté gauche il donne un jugement exact seulement sur les gradations d'intensité moyenne et encore avec beaucoup de peine. Il appelle le violet noir ou bleu. (*Fig.* 5 et 6.)

L'acuité visuelle est normale. Pas de micropsie, de macropsie, de poliopie monoculaire. Les pupilles réagissent très bien à la lumière et à l'accommodation. Les mouvements des globes oculaires sont normaux dans toutes les directions.

Motilité. — La démarche, la station debout, ne présentent aucune anomalie. Le signe de Romberg est absent. La force musculaire est presque égale des deux côtés : l'index dynamométrique marque 25 à la main droite, 23 à la main gauche.

Réflexes. — Sont absents les réflexes du poignet, le clonus du pied, le réflexe conjonctival et le réflexe pharyngien des deux côtés. Le réflexe olécranien est absent à gauche, très faible à droite ; le réflexe abdominal crémastérique, le glutée et les patellaires bien développés des deux côtés.

B... est resté à la Salpêtrière jusqu'aux premiers jours de juillet. Dans cette période il a présenté des attaques en tout semblables aux dernières. Il est à remarquer que ces attaques lui survinrent dans deux nuits successives à des journées passées par B... dans sa famille[1].

Dans ces attaques, pendant la phase comateuse, ses voisins de lit ont entendu qu'il criait : maman ! maman ! La sensibilité ne s'est pas modifiée notablement. Les conditions générales au contraire se sont améliorées considérablement.

Diagnostic. — Le tableau d'une épilepsie motrice crurale est ici d'une netteté remarquable. Crampes au mollet gauche, sensation de froid qui gagne rapidement toute une moitié du corps, ensuite convulsions toniques et chroniques des deux membres, débutant par l'extrémité inférieure ; c'est bien là le syndrome qui correspond à une lésion du lobule parencentral. Et tel en effet fut le diagnostic porté du premier coup, maintenu pendant longtemps. Cependant, même pour ce cas, le diagnostic d'hystérie peut être affirmé en se basant sur les arguments suivants :

1° Depuis trois ans que la maladie dure, on n'observe pas des lésions de motilité ni de l'exagération des réflexes. La force musculaire pour vrai dire est un peu affaiblie, mais elle

[1] Cette circonstance me rappelle un fait fort intéressant relaté par M. Charcot (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 80), qui démontre combien le milieu de famille est favorable à l'entretien des accidents hystériques.

l'est des deux côtés; cette faiblesse est en harmonie avec les conditions générales et avec le développement de Bar... qui est au-dessous de la proportion désirable pour son âge. Pour ce qui est des réflexes, non seulement ils ne sont pas exagérés, mais le réflexe olécranien est absent à gauche.

2° L'attaque est toujours précédée par un aura psychique; le malade rêve toujours à l'éclat de foudre, à la suite duquel il eut la première attaque. Or, cette modalité de l'aura nous paraît bien plus en harmonie avec l'hystérie qu'avec l'épilepsie. En outre de cela, pendant la période comateuse de l'attaque, Bar... crie : « Maman! maman! » comme s'il appelait au secours; or, il nous paraît que cette ébauche de délire, en union avec l'aura indiquée ci-dessus, nous révèle des conditions mentales plus propres à l'hystérie qu'à l'épilepsie : du reste, nous reviendrons sur ce point.

3° La paralysie survenue après la première attaque, dans la série qui s'est présentée à la fin de mai, disparut complètement après la seizième attaque survenue le même jour. Or il est caractéristique des paralysies hystériques de se manifester et de disparaître après les attaques; tandis qu'après les accès épileptiques, peuvent survenir des paralysies, mais je ne crois pas qu'après l'un de ces accès, se manifeste la disparition brusque d'une paralysie préexistante, comme il est arrivé dans notre cas.

4° Dans la dernière série d'attaques, il est encore à remarquer la particularité suivante : Le premier jour, il ne se manifeste pas de perte de la connaissance, et après la première attaque une paralysie suivit; le deuxième jour, après la phase convulsive de l'accès, Bar... perdait complètement la connaissance (ce qui, dans l'hypothèse d'une lésion organique, aurait dû constituer un signe non douteux de son aggravation), tandis que ni après ceci, ni après les autres accès consécutifs, jamais ne se manifestèrent les troubles moteurs. Or cette incohérence parmi les phénomènes, nous paraît déposer en faveur de l'hystérie.

5° Il est à remarquer que les attaques ont toujours disparu après l'entrée de Bar... dans les hôpitaux, à la suite du traitement hydrothérapique ou hypnotique.

6° Nous devons enfin considérer l'absence de tous les phénomènes de lésions organiques du cerveau, et d'un autre côté la présence des stigmates hystériques, à savoir l'anesthésie complète tactile, à la douleur et thermique à gauche, la perte

du sens musculaire du même côté, l'anesthésie des conjonctives, du pharynx, l'abolition de l'odorat et du goût, la dischromatopsie, le rétrécissement du champ visuel, tous phénomènes persistant, même plusieurs jours après la crise, comme nous l'avons pu constater lors du séjour de Bar... à l'hôpital. Pour toutes ces considérations, nous nous croyons autorisé à émettre, même pour ce cas, le diagnostic d'hystérie.

Pour ce qui est de l'étiologie de ce cas, elle nous paraît très intéressante. Les causes prédisposantes ont été créées par la chétive constitution physique de Bar..., non proportionnée aux dures exigences de son métier fatigant et vagabond. L'éclosion de la névrose a été déterminée par la frayeur, de laquelle Bar... fut victime lors de l'éclat de la foudre; nous avons au moins de bonnes raisons pour l'affirmer.

Il existe, en effet, des cas d'hystérie bien avérée, provoqués par l'éclat de la foudre. Le professeur Charcot, dans ses *Leçons du mardi*[1], en rapporte un cas très beau, en l'illustrant avec d'autres cas tirés de la littérature. L'on peut m'objecter que dans notre cas furent absents les signes les plus caractéristiques de la fulguration, à savoir le délire et les troubles de la sensibilité, de la motilité, consécutives au choc électrique; mais dans l'espèce, cette absence ne nous paraît pas très importante. En effet ce qui ne manquait pas ici fut une très forte frayeur et un ébranlement psychique qui se traduisit par une perte de connaissance de quelques minutes. Maintenant, qui ignore que les émotions violentes figurent parmi les agents provocateurs, pour ainsi dire banals de l'hystérie?

Une deuxième objection pourrait être fournie, parce que les crises convulsives se développèrent chez Bar... un an après l'accident dont il fut victime. Je répondrai par les exemples cités par le professeur Charcot dans la leçon dont il s'agit.

Le premier appartient au professeur Nothnagel[2]. Il concerne un forgeron âgé de trente-six ans qui fut observé pour la première fois le 24 octobre 1879. Six ans auparavant, il fut frappé par la foudre et resta sans connaissance. Lorsqu'il revint à lui, sa main droite était insensible et complètement paralysée. Après six semaines, la sensibilité et les mouvements réapparurent brusquement. Six ans après, pendant qu'il était occupé

[1] *Policlinique du Mardi*, 1888-1890, p. 435.

[2] Virchow's. — *Archiv.*, 1880, t. LXXX, p. 345.

à son travail, le marteau lui parut lourd et la paralysie du mouvement et de la sensibilité dans la main se produisit rapidement comme la première fois. La guérison survint quatre mois après, à la suite de l'application de l'aimant.

Un autre exemple nous est fourni par l'observation de Gibier de Savigny[1]. Un homme de vingt-huit ans, infirmier de son état, fut frappé par la foudre; il perdit connaissance; lorsqu'il revint à lui, son membre supérieur droit était paralysé, insensible et flasque. La guérison survint après six mois. Cependant, après cette époque, à l'approche des orages, la paralysie de la sensibilité et de la motilité réapparaissait dans le bras pendant quelques heures. D'autres fois, le malade était sujet à des crises convulsives débutant par la main droite et suivies de perte de la connaissance (attaques hystériques à forme d'épilepsie partielle). Dans les intervalles, santé parfaite, pas de troubles de la motilité, ni de la sensibilité.

L'hystérie, dans ces cas, saute aux yeux, comme dit M. Charcot. Ils démontrent non seulement que la fulguration peut provoquer l'hystérie, mais que ses effets immédiats ont eu de l'influence sur les modalités cliniques ultérieures de la névrose. Même sous ce rapport, notre cas est analogue aux précédents. A ce propos, il suffit de se rappeler que le rêve de la foudre précède constamment les attaques et qu'il s'accompagne toujours d'une profonde sensation de frayeur. *Bar... se réveille en sursaut, terrifié.* En considérant cet aura psychique et certains phénomènes du syndrome qui la suivent, l'on serait même tenté d'interpréter ceci comme une attaque émotionnelle; en effet l'angoisse précordiale, le refroidissement et le tremblement des membres figurent bien parmi les manifestations communes des états émotifs; mais nous ne voulons pas pousser l'interprétation au delà des limites qui nous sont assignées par l'observation rigoureuse des faits. Il nous suffit d'avoir fait remarquer le rapport qu'il y a entre les attaques de Bar... et l'accident de la foudre. Ce rapport montre que cet accident a été la cause provocatrice de la névrose, et il nous révèle en même temps dans Bar... un état mental hystérique des plus caractéristiques.

[1] *Revue médicale française et étrangère*, 19 mars 1891.

Observation IV. — *Hystérie à forme d'épilepsie partielle motrice simulant l'évolution de la syphilis cérébrale.*

Fiq... âgé de trente-cinq ans, graveur sur cuivre, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière, le 21 juin 1892.

Antécédents de famille. — Son père est mort à quatre-vingt-trois ans, d'un cancer à la face; sa mère à un âge très avancé et, paraît-il, d'apoplexie. Un oncle maternel est hémiplégique, dès l'âge de huit ans.

Antécédents personnels. — F... n'a jamais eu de maladies graves. Pas de syphilis ni d'alcoolisme. Il est marié depuis onze ans; ce mariage qu'il a contracté contre la volonté de sa famille lui a causé beaucoup de chagrin et de discussions avec ses parents. Il a deux fils, l'un âgé de six ans, l'autre de onze ans. Tous les deux sont maladifs, ils présentent des engorgements glandulaires. Sa femme est sujette au moins une fois par mois à des crises nerveuses ayant le caractère hystérique.

F... a toujours été d'un bon caractère jusqu'à il y a cinq ans. Depuis cette époque, à la suite de discussions plus vives avec ses parents, son caractère changea complètement. Il devint triste, taciturne, brutal jusqu'à frapper sa femme.

Il y a deux ans, il eut une première attaque d'influenza qui se passa sans laisser de conséquences. En juin 1891, il eut une deuxième atteinte d'influenza à la suite de laquelle il resta très faible. Depuis cette époque sa santé n'a plus été bonne. La faiblesse que lui avait laissé la maladie infectieuse réagit sur son esprit et la peur de ne pas récupérer les forces nécessaires à l'entretien de sa famille commença à le préoccuper. Il souffrait, en outre, depuis l'influenza, de céphalées continuelles, qui s'exacerbaient pendant la nuit, devenant presque intolérables. Dans la nuit du 12 septembre, il eut une céphalée tellement atroce qu'elle lui arracha des cris. Tandis qu'il était descendu de son lit pour chercher de l'eau froide, il fut pris subitement d'une faiblesse, il se sentit s'affaisser et tomba la face sur le lit, en restant avec les jambes appuyées sur le sol, en perdant complètement connaissance. Après quelques minutes il revint à lui, la céphalée continua pendant quarante-huit heures en l'obligeant à garder le lit. Le troisième jour il s'aperçut qu'il bégayait et bredouillait. Ces troubles du langage persistent même à présent.

Le 24 septembre, il eut une deuxième crise nerveuse. Cette fois, après avoir perdu connaissance, il eut une contracture successive des deux extrémités supérieures; les bras se contractèrent dans une forte adduction, l'avant-bras et les poings dans la flexion maxima, les doigts à demi fléchis. La perte de connaissance dura quelques minutes, comme la première fois, et lorsqu'il

revint à lui, aucun phénomène digne de remarque ne suivit son accès. Après cette crise, F... entre à l'hôpital Tenon, où il est soigné pendant quatre mois avec des frictions mercurielles et des iodures.

Au commencement de janvier il eut une troisième crise : celle-ci eut le même caractère que la deuxième, elle fut suivie par une faiblesse de la jambe droite qui persista jusqu'à présent. Enfin vers le milieu de mai, F... fut victime d'une dernière crise après laquelle il ressentit de la faiblesse au bras droit tandis que celle de la jambe devint plus forte. Après cette crise il resta vers la moitié du pli de l'aine droite une zone hypéresthésique, dont la pression provoque des douleurs qui s'irradient dans le ventre.

Dans cette période de temps, il avait de temps à autre des accès d'aphasie motrice; il cherchait les mots et il ne pouvait les trouver, il restait quelques minutes impuissant à exprimer sa pensée avec le langage parlé. Parfois il lui était possible de se faire comprendre en écrivant, mais d'autres fois la faculté d'écrire paraissait elle-même supprimée pour quelques minutes.

Les céphalées continuèrent toujours avec le même caractère; la faiblesse de ses membres droits s'accrut tellement que son travail lui devint impossible, ainsi il se présenta à la Salpêtrière pour entrer à l'hôpital. Malheureusement, il n'y avait pas alors de lits disponibles et je n'ai pu suivre le malade minutieusement comme je l'aurais désiré. Cependant je pus l'examiner deux fois et voici ce que j'ai trouvé :

Examen objectif. (Pratiqué le 21 juin 1892.) — Il est de petite taille, avec de rares cheveux rougeâtres sur le crâne, des yeux grisâtres et une physionomie un peu hébétée. Il présente une gibbosité à la partie supérieure de la colonne vertébrale, gibbosité qui apparut dans son enfance.

Sensibilité. — La sensibilité à la douleur est complètement abolie sur toute la moitié droite du corps. On peut soulever la peau en plis et y passer des épingles sans y provoquer la moindre sensation douloureuse. La sensibilité thermique est atteinte à un très fort degré. Une pièce de glace promenée sur la surface de la peau à droite ne provoque aucune sensation de froid. L'application du thermo-esthésiomètre chauffé à 55 degrés ne donne pas de sensation de chaleur; à 85 degrés il réveille par-ci par-là une très légère sensation de chaud, qui n'est même pas douloureuse. Il y a un mois, F... reçut une brûlure à la main droite sans s'en apercevoir.

Au contraire, la sensibilité tactile est très bien conservée. Le contact d'un morceau de papier frotté très légèrement sur la surface du corps est perçu avec toute la rapidité et la netteté désirables.

Sensibilité spécifique. — L'odorat est très altéré, le sulfure de carbone lui produit une impression agréable, il le prend pour de l'éther. Le goût est aboli complètement à droite, l'ouïe très affaiblie.

Appareil de la vision. — Rétrécissement concentrique du champ visuel à droite à 70 degrés. La notion du violet est perdue des deux côtés, absence des autres stigmates oculaires. Pas d'altération dans les muscles externes et internes de l'œil. Pas d'altération au fond de l'œil.

Motilité. — La force musculaire dans les membres est au-dessous de la normale, particulièrement à droite. L'index du dynamomètre donne 25° pour les deux mains. Cependant la faiblesse des deux membres de droite devient bien plus forte après un exercice musculaire même peu prolongé. Par exemple, F... pendant deux ou trois minutes peut écrire avec une calligraphie très belle et très sûre, mais après ce laps de temps, sa main se fatigue et la plume s'échappe de ses doigts. La même chose arrive pour les membres inférieurs droits. Si F... marche peu d'instants, on ne remarque rien d'anormal, mais après une marche un peu prolongée, il traîne sa jambe droite d'une façon tout à fait caractéristique, il présente à ne pas s'y tromper la démarche de Tood.

Réflexes. — Le réflexe du poignet, l'olécrânien et le patellaire bien conservés, un peu plus vifs à droite, sans être exagérés ; le réflexe conjonctival est aboli à droite, très faible à gauche ; les crémastériques sont très faibles des deux côtés.

Troubles de la parole. — F... présente un bredouillement et un bégaiemennt qui datent de sa première crise. Ils sont parfois tellement intenses que F... ne réussit pas à se faire comprendre. D'autres fois ces troubles disparaissent presque complètement et F... parle comme un individu qui a la langue sèche par la soif. Du reste pas de trace d'aphasie sensorielle ou motrice.

DIAGNOSTIC. — Ce cas nous offre un tableau extrêmement ressemblant à celui de la syphilis cérébrale : céphalée atroce s'exacerbant la nuit, persistant pendant des mois, ictus apoplectiforme suivi de troubles du langage écrit et parlé, attaques convulsives avec paralysie consécutive de la jambe et du bras : c'est bien là le tableau classique qui a été si bien décrit par M. Fournier dans son livre sur la syphilis cérébrale ; et en effet, les médecins de l'hôpital Tenon eurent certainement le soupçon de cette affection, puisqu'ils soumirent Fiq... au traitement spécifique. Et cependant, même dans ce cas, le dia-

gnostic d'hystérie nous paraît le plus rationnel. Il s'appuie principalement :

1° Sur les troubles du langage; 2° sur le caractère de la paralysie consécutive à l'un des accès convulsifs; 3° sur la présence des stigmates :

1° Pour ce qui est des troubles du langage, l'aphasie motrice et l'agraphie pourraient nous laisser incertains sur la nature de l'affection qui leur a donné origine. Tous les deux peuvent se rencontrer aussi bien dans l'hystérie [1], que dans les affections organiques, sans que dans un cas ou dans l'autre il y ait des caractères différentiels précis; mais en outre de ces troubles, nous en avons rencontré un autre chez Fiq... et ceci est absolument de nature hystérique; nous faisons allusion au bégaiement et au bredouillement; en effet, pendant que nous examinions Fiq... nous pûmes constater que ces phénomènes changeaient d'un moment à l'autre d'intensité, parfois ils disparaissaient tout à fait, parfois ils devenaient tellement intenses que le langage de Fiq... était presque impossible à être compris. Or, on ne retrouve pas cette allure-là dans le bredouillement symptomatique des lésions organiques. En outre, dans notre cas, il n'y avait pas de trace de paralysie de la langue, ni des lèvres. Nous nous croyons donc autorisé à considérer ces troubles du langage comme purement fonctionnels et comme Fiq... est un malade à stigmates hystériques et qu'il n'a pas de phénomènes se rapportant à d'autres névroses, nous pouvons les considérer comme des phénomènes hystériques. Maintenant, il faut noter qu'ils se mani- festèrent après une céphalée très forte qui se continua pendant trois jours. Or, n'est-il pas logique de considérer celle-ci comme de même nature hystérique? M. Charcot a montré comment la céphalée hystérique peut simuler de toute pièce la céphalée syphilitique [2]. En outre, la perte de la connaissance que Fiq... présenta dans la même occasion nous paraît avoir plutôt le caractère d'une attaque hystérique à forme syncopale que d'un ictus apoplectiforme ou d'un accès comitial; « Fiq... descendit du lit pour chercher de l'eau, il fut pris par une sensation de défail- lance, il sentit ses jambes se dérober sous lui et il tomba la face sur le lit, les jambes restant appuyées à terre ». Or, il

[1] V. Lépine. — *Mutismo agrafia ed Emiplegia isterica-analise in Riforma medica*, 1891, n° 177.

[2] Charcot. — *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux*, recueillies par le Dr G. Guinon. Paris, 1892.

nous paraît y avoir de la différence entre cette perte de connaissance venue graduellement et l'instantanéité de l'ictus apoplectiforme ou comitial.

2° Comme l'examen du bredouillement, en nous en démontrant la nature hystérique, nous a porté à considérer comme de même nature la crise de céphalalgie après laquelle il s'était manifesté, de même la paralysie, survenue après la crise convulsive suivante, nous porte à considérer celle-ci comme de nature hystérique. En effet, cette paralysie de la jambe a bien tout le caractère de la paralysie hystérique, qui se manifeste avec une démarche de Todd aussi typique que possible. Or, n'est-il pas logique de considérer comme de même nature la crise convulsive qui lui donna origine ?

3° Nous avons enfin des stigmates hystériques on ne peut plus nets. Parmi ceux-ci nous rappellerons l'hémianesthésie. Elle est complète pour toutes les sortes de sensibilité. Seule, la sensibilité tactile est conservée ; or, cette dissociation de la sensibilité on ne l'a observée, quant à présent, que dans la syringomyélie, dans les névrites, dans la lèpre et dans l'hysrérie. Serait-il nécessaire de démontrer que les trois premières de ces affections doivent être éliminées ici ? Nous ne le croyons pas, tous les phénomènes de ces maladies sont absents, il n'y a que l'hystérie qui nous puisse expliquer ces phénomènes.

En analysant à présent ce cas au point de vue de son étiologie, nous rappellerons que la prédisposition à la névrose existait dans notre malade par le fait de l'hérédité nerveuse. De plus, le terrain était préparé par des phénomènes névrasthéniques, dus à des chagrins prolongés, qui précédèrent, comme cela arrive souvent, les manifestations de l'hystérie. La cause occasionnelle doit être recherchée dans l'infection grippale, de laquelle Fiq... fut affligé deux fois. Or, il faut se rappeler que l'influenza a une élection toute particulière sur le système nerveux; les cas d'hystérie, d'aliénation mentale. de myélite, de polynévrite consécutives à cette maladie infectieuse sont désormais très nombreux ; ce n'est pas ici le lieu d'y insister ; plus la grippe doit avoir agi dans ce cas à la manière de toutes les autres infections, à savoir en débilitant toutes les fonctions organiques [1].

[1] V. Georges Guinon. — *Les agents provocateurs de l'hystérie*, Paris, 1889.

En plus de cette manière d'action pour ainsi dire générale, l'influenza dans notre cas a donné leur forme à certaines manifestations de l'hystérie. Nous rappelons, en effet, qu'en outre de la faiblesse générale, qui le rendait inhabile au travail, Fiq... souffrit pendant l'infection grippale d'une céphalée persistante qui ne l'a plus abandonné jusqu'à ce moment. Cette céphalée a, à l'heure présente, le caractère de la céphalée hystérique; elle a donc remplacé graduellement la céphalée qui est si commune dans la grippe ; ce fait de phénomènes hystériques, se greffant sur des phénomènes organiques et s'y substituant, est encore une chose fréquente dans l'histoire de l'hystérie et nous n'y insisterons pas. Ce qu'il importe de mettre en relief, c'est la persistance et l'intensité de la céphalée; elle était parfois tellement atroce qu'elle arrachait des cris au patient; l'on peut dire que la céphalée domina longtemps la scène; ce fut par elle que les attaques commencèrent. Maintenant, y a-t-il dans la crise convulsive quelque chose qui nous montre ses relations avec la céphalée ? C'est possible; nous rappelons, en effet, l'attitude des membres supérieurs pendant l'attaque; le bras en forte adduction, l'avant-bras, les poings et les mains au maximum de la flexion; or, cela représente une attitude prise communément par des individus qui souffrent d'une céphalée très forte ; en effet, l'on voit fréquemment ces individus avec les coudes appuyés sur une table se serrer fortement les tempes avec les poings pour chercher du soulagement à la douleur. Or, Fiq..., nous le répétons, ce qui domine la scène, c'est le mal de tête. Il persistait depuis plusieurs mois. C'était lui qui donnait origine à l'attaque, son image devait occuper l'état psychique de Fiq..., même durant la perte de la connaissance; et il n'est pas illogique de supposer que pendant celle-ci Fiq... prenait une attitude qui lui devait être commune, comme elle l'est à tous ceux qui souffrent de céphalées très intenses et prolongées.

Nous savons bien que cette supposition n'est qu'une hypothèse, mais elle nous paraît très vraisemblable et conforme à la nature de la névrose hystérique, En effet, si celle-ci est, en grande partie, comme l'enseigne M. Charcot, une maladie de la personnalité, il nous semble très probable que ses manifestations doivent être produites plus par des images psychiques, parfois inconscientes, que par des altérations localisées dans tel ou tel centre nerveux. (*A suivre.*)

CLINIQUE NERVEUSE.

L'AMBLYOPIE TRANSITOIRE[1].

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES VISUELS DANS LES MALADIES NERVEUSES ;

par le Dr Albert ANTONELLI.

§ III. — Physio-pathologie de l'amblyopie transitoire a). Si nous avons insisté dans les paragraphes précédents sur les formes de l'amblyopie transitoire et sur les autres syndromes nerveux qui peuvent s'y rattacher, nous pouvons maintenant déduire par la vaste symptomatologie, la physiologie pathologique de l'affection.

Toutes les publications dont j'ai pu prendre connaissance m'ont semblé insuffisantes sur ce sujet.

Les opinions des différents auteurs sont mieux d'accord sur *la nature* du trouble visuel dont nous parlons, que sur *son siège*. En effet, il est facile de reconnaître dans l'amblyopie transitoire un trouble passager fonctionnel, maintes fois de nature réflexe, provoqué par *un trouble de la circulation*. Mais, tandis que les uns affirmaient que le siège de ce trouble résidait dans l'*appareil optique même* (rétine, nerf optique, tractus), les autres l'attribuaient *aux centres cérébraux* de la vision.

C'est ainsi, que Parry et Fothergill considéraient le scotôme scintillant comme un trouble réflexe lié aux troubles de la digestion, et Baralt dans sa thèse (1880) soutient la même opinion, affirmant que les troubles gastriques ou la migraine sont le point de départ du réflexe qui provoque le trouble vasomoteur dans l'appareil optique.

« *L'irritation périphérique du pneumo-gastrique et du grand sympathique se transmettrait aux centres médullaires, pour être*

[1] Voy. *Arch. de Neurol.*, n° 72, sept. 1892, p. 203.

réfléchie sous forme d'incitation vaso-motrice jusqu'aux vaisseaux optiques.

« Dans le cas des accès migraineux, l'irritation partirait *du cordon cervical du grand sympathique ou du centre cilio-spinal, pour déterminer, en même temps que le scotôme scintillant, les divers troubles vaso-moteurs qui caractérisent l'accès de migraine.* »

Il suffit de réfléchir un instant à ces paroles de Baralt, pour voir comme la théorie des réflexes s'y trouve mal déterminée, ce qui ressort encore davantage lorsqu'il se demande : « Cette irritation qui détermine tant de troubles vaso-moteurs pendant l'accès de migraine, est-elle primitive ou secondaire? c'est-à-dire, naît-elle dans le cordon sympathique lui-même, ou dans le centre cilio-spinal? Ou bien est-elle produite secondairement par une névralgie du trijumeau? »

Evidemment, d'après les lois physiologiques des réflexes, tout ce que l'on pourrait avancer serait que : *l'irritation périphérique* SENSITIVE (sur le pneumogastrique en cas de troubles digestifs, sur le trijumeau en cas de migraine) *puisse provoquer le réflexe* MOTEUR *sur les vaisseaux des organes de la vision.* Cette explication pourrait encore subsister, telle que Galezowski l'affirmait pour la véritable migraine ophtalmique, lorsque les troubles de la digestion ou de la migraine précèdent l'amblyopie transitoire; mais, quand la migraine succède (et c'est le cas le plus fréquent) aux troubles de la vue, comment croire que la névralgie est le point de départ de l'arc réflexe? Et quand les nausées et le vomissement marquent la fin de l'accès, ce qui arrive presque toujours, comment méconnaître dans ces troubles *moteurs* de l'appareil digestif, *la décharge* du réflexe provoqué par les troubles *sensitifs* de l'appareil optique et du trijumeau?

M. Baralt confirme encore, avec les données ophtalmoscopiques et avec l'analyse du phénomène *scintillement*, que le siège des troubles circulatoires (contraction ou dilatation des vaisseaux) se trouve dans la rétine ou le nerf optique.

Discutons brièvement ces arguments :

En effet, Brewster (6) et Quaglino (9) auraient vu (et plus tard Galezowski l'aurait confirmé), le spasme des vaisseaux du fond de l'œil pendant l'accès de scotôme scintillant. A part la difficulté de cet examen, c'est-à-dire d'un jugement sûr quant à une diminution de calibre *anormale* et *temporaire* des vais-

seaux rétiniens, nous trouvons d'autres observateurs, comme Mollendorf, qui aurait constaté la dilatation de ces vaisseaux pendant les crises; d'autres encore, plus nombreux (Forster, Dianoux, Parinaud, etc...), n'ont rien remarqué d'anormal dans le fond de l'œil pendant l'amblyopie transitoire[1].

Donc, même en admettant que l'affection puisse quelquefois être accompagnée de spasme des vaisseaux rétiniens, ce spasme n'est pas forcément *la cause* du scotôme ou du scintillement.

Il resterait, pour s'expliquer ces contradictions de l'examen ophtalmoscopique, l'hypothèse que le trouble vaso-moteur puisse porter sur le chiasma, les bandelettes ou les centres visuels de la base du cerveau; mais nous verrons tout à l'heure combien d'arguments plaident pour le *siège cortical de l'amblyopie transitoire.*

Quant à la physiopathologie du *scintillement*, Baralt s'efforce de démontrer, comme déjà Brewster l'avait affirmé, qu'il s'agit là d'un *phénomène rétinien.*

Il la regarde comme dû à l'*hypéresthésie de la rétine*, ou pour mieux dire, à l'excitation de cette membrane, comme dans la provocation des phosphènes. Il considère le scotôme scintillant comme un phosphène de nature particulière, en le comparant au *scintillement chloroformique*, signalé par Dianoux. Mais, justement l'examen de ces photesthésies dans la période initiale (d'excitation) de la narcose par chloroforme, nous confirme de considérer, comme nous le verrons, *le scintillement comme un épiphénomène de l'amblyopie transitoire, d'origine corticale comme celle-ci et de l'ordre des hallucinations.*

Ce sont les troubles associés de l'amblyopie transitoire qui ont permis d'abord d'en envisager plus justement la physiopathologie.

Bientôt on écarta *l'irisalgie* de Piorry, *l'anesthésie de la rétine par la constriction des vaisseaux dans une partie du fond de l'œil* (Brewster et Quaglino), *la névrose partielle* (*vasomotrice*) *du trijumeau* (Galezowski) *ou la névrose du nerf optique ou des tractus* de Dianoux; on admit le trouble vaso-

[1] M. Parinaud a eu l'occasion (1882) d'examiner à l'ophtalmoscope, *pendant une de ses crises monoculaires*, un confrère atteint de migraine ophtalmique, et il n'a pu constater aucune différence appréciable entre le fond de l'œil des deux côtés.

moteur *dans le cerveau*, par excitation du sympatique (du Bois-Reymond), amenant la contraction spasmodique des vaisseaux et une anémie momentanée et limitée de la substance cérébrale, qui peut être suivie dans certains cas d'une période de congestion (Latham). Cette hypothèse fut reprise par Ball, à propos de certains faits d'aphasie transitoire; il envisagea le phénomène comme étant analogue à l'*asphyxie locale* décrite par M. Raynaud, analogie qui nous permettrait de comprendre en même temps la pathogénie des troubles transitoires et des troubles qui deviennent quelquefois permanents. Latham, pour démontrer que les troubles visuels, en particulier, dépendent bien d'une excitation du sympathique, rapprocha le scotôme scintillant de la migraine, accompagnée de sensations visuelles, que Purkinje et Brunton ont décrite dans l'intoxication par la digitale.

Même les phénomènes qui précèdent, accompagnent et suivent les cas les plus simples de scotôme scintillant (ceux dans lesquels l'accès n'est pas migraineux et tient le plus souvent à des troubles de la digestion) devaient conduire bientôt à l'idée de troubles circulatoires *dans le cerveau*. Ce sont les troubles du langage et de l'intelligence, la sensation de vague et de vide, parfois le vertige, c'est-à-dire en général les mêmes signes que pour l'anémie cérébrale, et ils s'effacent aussi vite que les troubles visuels, tandis que la migraine (dont la pathogénie est probablement autre que le spasme vaso-moteur) peut se prolonger bien plus longtemps.

Mais, si l'on était arrivé de la sorte, comme le montrent le travail de Féré (1881) et la thèse de Raullet (1883), à déduire des caractères et phénomènes associés de la migraine ophtalmique, le *siège cérébral* de l'affection, il restait encore à préciser davantage la *localisation* du trouble circulatoire.

Raullet dit : « L'anémie transitoire siège-t-elle à la surface des circonvolutions, ou dans les masses centrales, vers le carrefour des fibres sensitives? »

« La dernière hypothèse a pu paraître tout d'abord plus vraisemblable, en raison de l'association fréquente des troubles de la sensibilité générale et spéciale, qui ne pourraient, dans le cas de trouble de la circulation corticale, coïncider avec l'aphasie, sans être suivis en même temps de troubles moteurs, à moins d'admettre des troubles circulatoires localisés, mais occupant plusieurs zones à la fois. »

« Du reste, la forme de l'hémiopie, ou plutôt de certains cas de rétrécissement latéral du champ visuel, que l'on observe dans la migraine ophtalmique, se rapproche des troubles de la vision que l'on rencontre chez plusieurs hémiplégiques, à lésion cérébrale permanente et localisée. »

b). Pour discuter le siège cortical de l'amblyopie transitoire, commençons par examiner brièvement la nature du phénomène « *scintillement* ».

La description soigneuse de plusieurs cas de *scotôme scintillant* démontre que l'amblyopie et les photesthésies commencent dans *des points symétriques du champ visuel des deux yeux :* donc, cette forme d'amblyopie transitoire peut être rangée parmi les *hémiopies latérales partielles.* Cette variété d'hémiopie (*hémiopie incomplète, parfaitement ou même imparfaitement symétrique*) ne pourrait nullement s'expliquer par une lésion des bandelettes ou des nerfs optiques, et il faut absolument la rapporter aux lésions hémisphériques *corticales ou sous-corticales.* Nous savons que plus la lésion est proche de l'écorce (dans la partie postérieure du pli courbe et la partie adjacente du lobe occipital), plus les scotômes hémianopiques sont symétriques : et, puisque plusieurs observations (par exemple, celle rapportée par M. Javal, ou encore le cas personnel de Baralt) nous montrent *parfaitement symétrique* le scotôme hémiopique scintillant, nous sommes conduits à admettre dans ces cas une lésion *corticale*, dans un foyer où vont aboutir les points identiques de chaque rétine.

Le scintillement peut accompagner n'importe quelle forme d'amblyopie transitoire, monoculaire ou binoculaire, centrale ou hémiopique ; il peut, dans les différentes crises d'amblyopie transitoire chez un même individu, se présenter complet ou à l'état rudimentaire (simples étincelles), ou même manquer, tandis que le scotôme reste toujours bien constitué ; presque toujours le scotôme dure encore quelque temps après que le scintillement a disparu ; bien souvent, chez les épileptiques et les hystériques, les attaques sont précédées par des visions colorées, des scintillements, des véritables hallucinations visuelles, sans que l'*amblyopie transitoire* présente une forme et une durée appréciable. Or, ces faits nous autorisent à considérer le scintillement comme un *phénomène accessoire* de l'amblyopie transitoire, épiphénomène qui pourrait rentrer, il nous semble, dans l'ordre des *hallucinations.*

En effet, rien ne s'oppose à cette manière de voir. Les photesthésies du scotôme scintillant ne sont pas toujours identiques, mais quand même elles nous présenteraient une certaine constance (le mouvement de l'air chauffé, les étincelles, les lignes brisées lumineuses, etc...), ce caractère ne peut pas nous faire nier la nature de l'hallucination; car, maintes hallucinations de l'ouïe ou de la vue peuvent présenter une certaine constance de forme (toujours la même voix, la même vision), et proprement dans les crises de ces maladies nerveuses (hystérie, épilepsie) auxquelles l'amblyopie transitoire peut se rattacher.

En considérant le scintillement comme une hallucination, nous trouvons encore un argument bien sûr en faveur du siège cortical de l'amblyopie transitoire.

En effet, le siège des hallucinations est placé par nombre d'auteurs (Tamburrini le premier) dans les *centres sensoriels corticaux*, s'expliquant par un état irritatif des écorces cérébrales, de la même manière que l'irritation morbide des centres psycho-moteurs provoque les convulsions jacksoniennes.

Westphal, à l'autopsie d'un individu qui souffrait de *sensations subjectives de couleurs*, trouva un foyer de ramollissement *dans le lobe occipital droit;* analogues sont les observations de Jowen, Monakow, Tamburini et Ruva. Enfin, puisque le scotôme scintillant apparaît le plus souvent dans les deux yeux et du même côté du champ visuel (hallucination visuelle à forme hémiopique), le phénomène se rapporte aux cas pathologiques de Wetter, de Pick et autres, en nous prouvant la lésion *unilatérale* des centres visuelles de l'écorce occipitale.

c). Considérons maintenant en quoi les formes hémiopiques de l'amblyopie transitoire peuvent encore en faire mieux reconnaître la pathogénie. Il faut avant tout remarquer que, puisqu'il ne s'agit pas, dans la plupart des cas typiques, d'une véritable amaurose dans la moitié du champ visuel, mais bien d'une simple amblyopie, la perception lumineuse étant conservée dans la moitié atteinte du champ visuel, nul doute que l'*amblyopie transitoire à forme hémiopique* ne se rapporte pas

[1] Parmi les observations intéressantes de scotôme *central* transitoire, accompagné de scintillement, citons les observations XVI et XXIII de la thèse de Raullet (31).

à une lésion des bandelettes ou des centres visuels bruts, placés dans les ganglions de la base du cerveau. Quant à la *couche optique*, quelques auteurs (Nothnagel) nient que ses altérations puissent provoquer des troubles visuels. Même en admettant possible ce cas, l'hémianopsie devrait s'accompagner d'hémiplégie et de convulsions hémichoréiques, par lésion concomittante de la *couche zonulaire*. Quant aux *tubercules quadrijumeaux*, leur extension, leur contiguïté sur la ligne médiane, pourraient bien difficilement donner lieu à des troubles visuels monoculaires ou hémiopiques, et ces troubles devraient s'accompagner d'une mydriase maxima, avec abolition du réflexe pupillaire et de troubles de la motilité des yeux.

Il doit donc s'agir, dans l'amblyopie transitoire, de simples lésions dans les centres visuels de l'écorce, d'accord en cela avec les observations de Samelsohn, de Brandenburg et de Gowers[1]; et c'est surtout dans l'amblyopie transitoire *à forme hémianopique* qu'il sera intéressant d'examiner *toujours* si, pendant les accès, il y a céoité verbale ou surdité verbale ou d'autres troubles analogues.

Une observation de Charcot (rapportée par Féré) et quelques autres de Raullet, démontrent l'existence de ces troubles, dont on pouvait déjà se douter d'après les troubles de la parole, de la mémoire et de l'intelligence, maintes fois observés pendant les crises d'amblyopie transitoire. Or, tous ces troubles sont encore un signe du siège superficiel (*centres et fibres corticaux*) de la lésion. La cécité verbale est très souvent accompagnée de l'aphasie, même lorsque la lésion principale siège, comme dans le cas de l'amblyopie transitoire, dans le lobe occipital (Samelsohn)[2].

Et, même les troubles de la parole, si souvent observés pendant les crises d'amblyopie transitoire, doivent s'attribuer non pas au trouble de l'activité psychique pour l'articulation des

[1] Les cas publiés par cet auteur (*hémianopsies passagères* à la suite d'apoplexies dont les foyers n'intéressaient aucunement les fibres optiques) démontrent que les phénomènes d'hémiopie peuvent aussi survenir par retentissement à distance, des centres visuels corticaux. Seulement lorsque la lésion d'une hémisphère est profonde, et atteint les fibres envoyées par le lobe occipital aux ganglions visuels de la base, l'hémianopsie *totale* survient, par arrêt des fonctions des ganglions intercalaires de la vision.

[2] Ce serait la *cécité verbale à forme sensorielle*, selon Angelucci (42), c'est-à-dire liée à la perte de la mémoire (graphique) des mots.

mots (pied de la circonvolution de Broca), mais bien aux troubles de la mémoire optique, dont les centres occupent le lobe occipital.

En effet, il semble, d'après les nombreuses observations, que les troubles de la parole accompagnant l'amblyopie transitoire ne vont pas jusqu'à l'aphasie complète, telle qu'on la rencontre par lésion de la circonvolution de Broca, ou des voies qui unissent cette circonvolution au centre de la mémoire optique.

La plupart des cas d'hémiopie transitoire (complète ou partielle, avec ou sans scintillement) intéressent, d'après les nombreuses observations enregistrées, le côté *droit* du champ visuel.

Cela prouverait, d'accord avec les troubles de la parole et avec les observations d'épilepsie sensitivo-sensorielle accompagnés par l'amblyopie transitoire (Charcot, Féré, Raullet), que *le plus souvent la lésion siège dans l'hémisphère gauche* [1].

Ajoutons, que puisque la migraine (lorsqu'il y en a dans les crises) *part d'ordinaire du pourtour de l'orbite du côté où le champ visuel fut atteint de scotôme* (ou de scintillement), elle siège le plus souvent *du même côté où les troubles moteurs et sensitifs vont se déclarer, dans le cas d'épilepsie partielle.*

Cette hémicranie semblerait donc en rapport *croisé* avec l'hémisphère atteinte. Le renseignement serait précieux pour la pathogénie de la migraine (corticale ?), encore si peu connue.

On rapporte des cas d'amblyopie transitoire, où le trouble de la vue occupait la moitié supérieure du champ visuel des deux yeux.

L'explication de cette *hémiamblyopie verticale* serait plus

[1] Il en était de même dans un cas de Spiérer, très démonstratif (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, juin 1891). Un individu, après une frayeur causée par un tremblement de terre (choc psychique), tomba en syncope et fut atteint de violente migraine et de vomissements. Au bout de quatre heures il s'aperçut que dans la moitié *droite* du champ visuel des deux yeux il voyait un nuage épais, qui l'empêchait de voir les objets et les couleurs. Il guérit, bien vite, entièrement. Il est juste de penser aussi, que cette *hémiamblyopie homonyme droite, survenue à la suite d'un choc psychique* était d'origine *corticale*. L'examen d'autres observations encore (par exemple les particularités de celle de Galézowski, relatée par Baralt : *amblyopie centrale monoculaire à droite, accompagnée de migraine*) nous a prouvé que le plus souvent le trouble siège dans l'hémisphère *gauche*.

difficile, étant admis le siège cortical de l'affection, si l'on ne pensait que nombre de ces cas appartiennent à l'*hémiopie partielle*, c'est-à-dire qu'il s'agissait de *scotôme symétrique, plus ou moins étendu, dans la partie supérieure ou inférieure du champ visuel*. L'examen attentif de l'observation de Baralt, par exemple, qui pourrait tout d'abord sembler un cas typique d'hémiamblyopie verticale, confirme notre idée.

Pour quelques autres observations, où l'hémianopsie verticale semblait complète et bien constituée, nous pourrions admettre la même explication donnée par Boé pour l'hémianopsie verticale *permanente*, c'est-à-dire penser que l'affection intéresse tout de même un seul lobe occipital du cerveau, mais qu'il y a anomalie de distribution des fibres optiques. Toujours est-il, que les crises d'*hémiamblyopie verticale*, complète ou incomplète, ont les mêmes caractères essentiels et concomittants que les autres formes de l'amblyopie transitoire, de sorte que rien ne pourrait nous autoriser à admettre d'autre localisation que dans l'écorce cérébrale.

Quant aux formes plus rares de l'hémiopie transitoire, l'*hémiopie latérale monoculaire* ne nous étonnera pas si, au lieu de penser à une lésion partielle de la bandelette, du chiasma ou du nerf optique, nous admettons que les deux faisceaux appartenant à chaque œil, dont se compose la bandelette, se séparent en un endroit quelconque du cerveau [1]. Dans le cas de Charcot-Féré (hémiopie *nasale*), les phénomènes de l'épilepsie partielle démontraient que le trouble cortical intéressait les deux hémisphères.

d). Nous ne saurions mieux placer qu'ici quelques considérations générales sur les *rapports entre l'amblyopie transitoire et la migraine*, qui nous semblent très intéressantes.

Avouons, tout d'abord, que les cas dans lesquels l'amblyopie transitoire est accompagnée de migraine sont sans doute plus nombreux que ceux dans lesquels le scotôme scintillant, ou n'importe quelle forme d'amblyopie, constituent à eux seuls toute l'attaque.

Ce fait nous indique la raison du nom de *migraine ophtal-*

[1] Ce serait l'explication des cas relatés par Parinaud et par Coursserant (*hémiopie latérale typique monoculaire*, probablement congénitale), très bien représentée par le schéma de Charcot.

mique donné à la presque unanimité, pour indiquer les troubles nerveux de cette espèce.

Mais, d'autre part, le nombre de cas de migraine vulgaire non accompagnée de troubles visuels est beaucoup plus considérable que le cas d'amblyopie transitoire, accompagnée ou non de migraine : de telle sorte, que si nous envisageons le syndrôme migraineux et l'amblyopie transitoire comme des formes rudimentaires de troubles nerveux, le plus souvent *stigmates élémentaires de névrose*, ces rapports de fréquence ne nous étonneront pas.

En d'autres termes, étant donné ces deux formes de *névroses rudimentaires*, la *migraine* et l'*amblyopie transitoire*, dont la première est beaucoup plus fréquente et pour ainsi dire plus rudimentaire que la seconde, il n'y a rien d'étrange à reconnaître que l'amblyopie transitoire survient le plus souvent chez des sujets déjà migraineux, et puisse se combiner ou s'alterner avec la migraine. Et, encore, les cas d'amblyopie transitoire *simple* seraient bien plus nombreux parmi les observations enregistrées, si le syndrôme migraineux n'était le trouble pour lequel le malade plus facilement est amené à consulter.

Mais, même chez les sujets qui sont à la fois migraineux et atteints d'amblyopie transitoire, la dissociation entre ces deux syndrômes, ou leur substitution réciproque dans les différentes crises, et d'autres arguments encore, nous démontrent que *leur concomittance n'a pas pour signification de liens étroits de cause à effet.*

Rappelons, à ce sujet, que le syndrôme migraineux peut s'attarder d'*une heure et même plus* sur le trouble visuel ; et que, chez les individus où ce trouble précède de quelque temps la migraine, dans les crises, l'amblyopie transitoire reste souvent seule à constituer la crise entière, par suite de l'âge et de l'amélioration de la santé. (Exemple, les cas de Du Bois-Raymond et de Tissot, relatés par Baralt.)

Quelquefois, au contraire, c'est l'amblyopie transitoire qui disparaît avec l'âge, dans les accès de migraine ophtalmique, en laissant la migraine vulgaire suivre sa marche ordinaire.

La pathogénie de la migraine reste encore très obscure, peut-être n'est-elle pas la même dans tous les cas ; notre intention n'est pas de discuter ce point-là. Le syndrôme migraineux ne paraît pas constituer une entité, une unité morbide, et parmi ses différentes formes tellement différentes,

qu'on les a séparées comme des espèces distinctes, nous trouvons la *sick head-ache* et la *blind head-ache* des auteurs classiques anglais. Dans cette dernière (*migraine à amblyopie*), la physiopathologie semble se rapprocher du *trouble de circulation cérébrale* que nous avons admis pour expliquer l'amblyopie transitoire. En effet, pendant la période des prodromes et le premier temps de la douleur, on remarque tous les signes du spasme artériel (Pembester Peake), suivi plus tard par la dilatation des mêmes vaisseaux (artère temporale, carotide et artères rétiniennes).

e). En considérant à un point de vue général, les *rapports entre l'amblyopie transitoire et les différentes maladies nerveuses*, tels que nous les avons fait ressortir dans la seconde partie de ce travail, nous devons dire avant tout que ces rapports peuvent représenter, maintes fois, plutôt une simple concomittance ou succession morbide, qu'une éclosion de syndrôme prodromique ou accessoire lié à la maladie principale. En effet, abstraction faite des cas où l'amblyopie transitoire est sûrement de nature hystérique ou intimement liée aux troubles superficiels du cerveau qui provoquent l'épilepsie et marquent le début de la démence paralytique, nous pouvons penser que la simple prédisposition (héréditaire ou acquise) d'un individu aux névropathies, commence par lui infliger les stigmates rudimentaires, les névroses plus simples (migraine, amblyopie transitoire ou autre), auxquelles peuvent s'ajouter plus tard, soit des névroses plus complexes, telles que l'hystérie [1] et l'épilepsie, soit des maladies organiques du système nerveux.

En admettant la distinction que M. Levillain esquisse, entre *gens nerveux*, *névropathes* et *véritables malades d'un type nosologique bien défini*, nous trouvons que l'amblyopie transitoire, avec ou sans migraine, peut se présenter dans chacune des trois classes d'individus.

Chez les gens *nerveux*, c'est-à-dire surexcitables, sensitifs,

[1] Insistons sur l'intérêt qu'il y aurait à étudier encore mieux les rapports entre les *amblyopies hystériques*, dans le sens général du mot, et l'amblyopie transitoire. Il est vrai que la forme hémiopique, si fréquente dans l'amblyopie transitoire, ne se rencontre presque jamais dans l'*anesthésie rétinienne* des hystériques ; mais, combien de fois encore avons-nous dans l'amblyopie transitoire, plutôt un rétrécissement concentrique temporaire du champ visuel qu'une véritable hémiopie !

simplement prédisposés au trouble du système nerveux, il n'est pas très rare de voir que la migraine ophtalmique peut être le seul symptôme vraiment morbide.

Chez les *névropathes*, c'est-à-dire chez les individus qui sont atteints de troubles nerveux plus ou moins graves et fugaces, très variés et ne constituant pas une affection nerveuse à type défini et persistant, l'amblyopie transitoire se rencontre déjà plus souvent : elle constitue, dans ses différentes formes liées avec la migraine, ou avec d'autres névralgies, ou bien encore avec les troubles passagers de la sensibilité, de la palpitation nerveuses, de l'insomnie, etc..., les petites souffrances de ces sujets, que l'on ne pourrait pourtant encore classer dans aucune catégorie nosologique.

Enfin, chez les *malades* proprement dits, le syndrôme de l'amblyopie transitoire est assez fréquent, et les rapports que nous venons d'indiquer, qui existent entre la neurasthénie, l'hystérie, le tabès, l'épilepsie sensitivo-sensorielle et la paralysie générale, nous le démontrent.

Pour éviter toute répétition, nous n'insisterons pas davantage pour démontrer de quelle manière ces rapports pathologiques plaident tous, et vaillamment, pour le siège cortical du trouble fonctionnel qui provoque l'amblyopie transitoire.

Le trouble, très probablement circulatoire (anémie temporaire, suite de spasme des vaisseaux sylviens), doit intéresser l'une ou l'autre, ou encore plusieurs à la fois, des régions postérieures de l'écorce — lobe occipital, pariétal et temporal — où se trouvent surtout les centres optiques et les diverses localisations du langage. L'observation de Babinski, dans laquelle chez une hystérique des crises de mutisme alternaient avec des crises d'amblyopie transitoire, plaide aussi dans ce sens, d'une façon très éloquente. Lorsque l'épilepsie sensitivo-sensorielle s'unit à l'amblyopie transitoire, il est clair que les troubles gagnent d'autres centres psycho-sensitifs et psychomoteurs, comme dans le début de la démence paralytique.

Lorsque l'amblyopie transitoire *remplace* les crises d'épilepsie particlle, comme dans mon observation à la page 10, c'est que le trouble cortical a changé de territoire, se transportant sur l'écorce visuelle. Même dans le territoire visuel, le trouble peut changer d'endroit. Chez cette malade, les crises d'épilepsie partielle étaient *alternantes*, *bilatérales*, et plus tard, l'amblyopie transitoire était *binoculaire* (hémiopie verticale ou

amaurose complète, pendant dix à quinze mois, dans les deux yeux). Dans d'autres crises, l'obscurcissement commençait du côté temporal, *simultanément dans les deux yeux*. Souvent, les deux points de fixations étaient respectés, c'est-à-dire que dans chaque hémisphère les troubles gagnaient de préférence l'écorce visuelle destinée à la vision périphérique.

Voilà, ci-dessous résumés, les arguments qui plaident en faveur du trouble circulatoire, plus probablement *anémie temporaire :*

1° L'apparition et la disparition *soudaine* des troubles visuels ;

2° Le fait, que même dans le début d'un évanouissement (anémie cérébrale) apparaissent des phénomènes assez semblables au scotôme scintillant, c'est-à-dire que les personnes voient du vert ou du bleu devant leurs yeux, et même du scintillement et de l'obscurcissement (Fuchs) ;

3° Le fait, que la position déclive de la tête ou l'impression du frais sur la figure (Dianoux), c'est-à-dire que les mêmes moyens qui peuvent interrompre un évanouissement, peuvent aussi faire avorter ou interrompre l'accès d'amblyopie transitoire.

4° Les phénomènes de spasme observés dans d'autres vaisseaux de la tête, tels que l'artère temporale, la carotide, les vaisseaux du fond de l'œil. L'observation de Hilbert est pour cela bien démonstrative ;

5° Les rapports de l'amblyopie transitoire avec des maladies nerveuses (neurasthénie, hystérie) où les troubles vasomoteurs (phénomènes vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs) jouent un grand rôle ;

6° Le fait que l'anémie générale est certainement capable de produire des troubles visuels passagers, de même que la congestion comme cela s'observe chez les personnes pléthoriques sous l'influence de l'effort et de toutes les causes qui entravent brusquement la circulation céphalique. Dans les anémies prononcées, dans les affections cardiaques (insuffisance aortique en particulier), l'obscurcissement de la vue a évidemment pour cause l'anémie cérébrale. Cet obscurcissement peut être encore le symptôme d'une congestion de la tête et précéder l'hémorrhagie de l'encéphale.

La fugacité des accès (par exemple, du scotôme scintillant) confirme qu'il s'agit de *spasme vaso-moteur*.

Nous savons, en effet, que le spasme des vaisseaux ne pourrait pas se prolonger, puisque à l'irritation vaso-constrictrice doit suivre la paralysie du sympathique, l'état de congestion neuroparalytique. Or, voilà les faits qui confirment cette notion dans le cas spécial des accès de migraine ophtalmique : la face, l'oreille et la conjonctive du côté de l'hémicrâne deviennent bientôt (peu de temps après le début de la douleur sourde), rouges, tandis qu'ils étaient auparavant plus pâle que d'ordinaire ; la muqueuse de la fosse nasale et du conduit auditif, du même côté est sèche ; la pupille est sensiblement rétrécie, surtout du côté, affecté de migraine, et plus paresseuse à la réaction provoquée par la lumière ; la fente palpébrale est un peu rétrécie (paralysie du muscle de Müller). Telle est la description que M. Baralt nous donne, relativement à ces accès, tels sont les faits mis en évidence par Hilbert Chalmers (51), Da Costa (41) et d'autres.

f). Insistons encore brièvement sur ce point, que : « Il n'est pas un des phénomènes habituellement transitoire du syndrôme *migraine ophtalmique*, qui ne puisse s'établir à l'état permanent. Ainsi l'aphasie, l'hémiopie, la parésie d'un membre, après s'être manifesté d'une manière transitoire, persistent nombre de fois définitivement, à la suite d'un nouvel accès. »

Il nous semble que cette affirmation de Charcot [1] se trouve surtout confirmée chez les hystériques. Il en existe en outre un exemple frappant chez les épileptiques, où l'amblyopie qui succède aux attaques et s'efface d'ordinaire assez rapidement, peut passer à l'amaurose complète, dans l'intervalle qui sépare les accès, si ceux-ci sont courts et rapprochés (Fano-Compérat).

Nous pouvons bien supposer que les lésions purement dynamiques, circulatoire et par suite fonctionnelles, de l'amblyopie transitoire (surtout lorsqu'elle est accompagnée par le syndrôme migraineux ou par l'épilepsie partielle) peuvent par leur répétition fréquente devenir l'occasion de lésions organiques permanentes.

C'est ainsi, que les artérioles mises en cause peuvent, à la suite de spasmes prolongés et fréquents qu'elles subissent pendant les accès, devenir le siège d'un trouble de nutrition

1. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, tome III.

de leurs parois, d'une endartérite et d'un vice de canalisation plus ou moins grave et prolongé.

En conséquence, la vitalité de ces éléments nerveux que ces artérioles nourrissent pourra se montrer plus ou moins sérieusement, et parfois définitivement, compromise.

C'est comme cela que l'on pourrait justifier l'observation de M. Galézowski, montrant une thrombose de l'artère centrale de la rétine survenue à la suite d'accès répétés de migraine ophtalmique.

Une observation qui m'a été verbalement communiquée par M. Charcot, plaide dans le même sens. Un enfant migraineux, et quelquefois atteint de scotôme scintillant, dont la mère a souffert d'amblyopie transitoire à forme hémiopique et parfois scintillante, se présente avec une hémianopsie *permanente*, survenue soudainement, c'est-à-dire avec un vaste scotôme empiétant sur toute la moitié gauche (point de fixation respecté et V = I) du champ visuel de chaque œil.

D'autres exemples encore fournissent les observations de Trousseau, G. Sée, Swanzy [1] et Fitzgérald [2], concernant des troubles visuels persistants chez des choréiques, et enfin les cas de Naftel [3] et de Fürstner [4], cités par Robin [5].

g). Enfin, étant admise la localisation *corticale* de l'amblyopie transitoire, considérons rapidement les différentes formes de ce trouble, pour les mettre d'accord avec leur pathogénie commune.

Plusieurs cas, entre autres celui de Dianoux et de Javal, démontrent à l'évidence la nature hémiopique du scotôme scintillant.

Le cas de Dianoux et autres semblables, où le scotôme gagnait encore, après l'hémiopie *droite*, le point de fixation, rendant le malade parfaitement aveugle, démontrent que le trouble fonctionnel dans la même hémisphère (plus souvent la gauche) peut s'étendre des centres visuels périphériques (moitiés homolatérales des deux rétines) au centre de la vision maculaire.

[1] *Ophtalmic hospital Reports*, 1875.
[2] *Annales d'oculistique*, t. LXXVI, p. 224.
[3] *Arch. f. Psychiat.*, t. VII, 1877, p. 124.
[4] *Arch. f. Psychiat.*, 1876, p. 142.
[5] Robin. — *Troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale*. Paris, 1880, p. 357-358.

Et tout cela, même sans migraine et autres troubles accessoires !

Si, dans le scotôme scintillant, le point de fixation reste le plus souvent respecté, c'est justement parce que le trouble visuel a, dans ce cas, la forme hémiopique, et nous savons que, dans l'hémiopie, la ligne de démarcation empiète le plus souvent sur la moitié amblyope du champ visuel (double innervation de la macula).

Mais le cas de Parry (scotôme central binoculaire et scintillement périphérique monoculaire) démontre la complexité des centres binoculaires et monoculaires dans la même hémisphère, et les cas d'*amblyopie transitoire monoculaire* (cas rares, en comparaison des binoculaires) prouvent que chaque rétine est encore en rapport avec un foyer cortical distinct [1].

Le fait, que lors de l'amblyopie *binoculaire* centrale et périphérique, les sensations de nuage, de scintillement, etc., sont plus fortes du côté où l'hémiopie va se déclarer, ou bien dans l'œil du même côté où les phénomènes d'épilepsie partielle peuvent éclore, démontrerait que les rapports *croisés* de chaque hémisphère (soit pour la vision centrale, soit pour les points symétriques du champ visuel), sont plus nombreux et plus importants que les rapports homolatéraux ; ce qui serait encore d'accord avec l'amblyopie croisée d'origine corticale et avec ce que nous savons sur l'anesthésie rétinienne (ou pour mieux dire anesthésie cortico-visuelle) des hystériques.

Le plus souvent le trouble de l'amblyopie transitoire atteint une seule hémisphère ; mais, il y a des cas où nous pouvons déduire sûrement, de la forme de l'amblyopie, une affection des deux hémisphères à la fois.

Ce sont les cas d'amaurose temporaire complète bilatérale

[1] Cette même observation de Parry démontre bien la nature accessoire (épiphénomène) presque accidentelle du scintillement. En effet, l'amblyopie transitoire, *centrale et binoculaire*, devait tenir à un trouble dans l'écorce visuelle centrale des deux hémisphères, tandis que le scintillement le long du bord supérieur du scotôme *dans un seul œil* devait tenir à l'irritation de l'écorce visuelle périphérique d'une seule hémisphère. Si c'est vrai (Parinaud et d'autres) que la région maculaire de la rétine (cônes) sert surtout à la vision des formes et les parties périphériques (bâtonnets) à la vision des couleurs, on se rendrait bien compte pourquoi le scintillement est toujours périphérique. L'irritation de l'*écorce visuelle périphérique*, c'est-à-dire en rapport avec les parties périphériques de la rétine, serait seule capable, d'après la loi de l'extérioration des sensations, de donner les phénomènes de photesthésie colorée.

(voir notre observation, p. 26 *bis*), ou les cas rares de restriction concentrique brusque du champ visuel, comme dans nos observations, pages 10 et 12.

En effet, il nous semble juste de considérer ces derniers cas comme une *hémiopie double*, et de les rattacher à l'observation très intéressante de Forster [1]. Même l'explication donnée par cet auteur serait bien d'accord avec les caractères de l'amblyopie transitoire ; puisque, s'il est vrai que *le centre cortical de la vision maculaire est mieux vascularisé que le reste de l'écorce occipitale visuelle*, nous pouvons comprendre pourquoi l'amblyopie transitoire centrale est bien plus rare que le scotôme périphérique ou l'hémianopsie, et pourquoi, dans l'amblyopie transitoire avec abolition complète du champ visuel (hémianopsie double), la vision eentrale est respectée.

S'il est vrai que l'hémianopsie typique, complète et permanente, doit se rapporter à une lésion directe ou indirecte d'une bandelette (Charcot), il est vrai aussi que l'hémianopsie temporaire, totale ou partielle, est en accord avec quelques autres observations cliniques mises de côté comme non expliquées par Charcot même [2], avec les observations de Gowers (hémianopsie fugace du côté hémiplégie dans presque toutes les attaques d'apoplexie) et avec les expériences de Hitzig, Munk, Ferrier, Goltz, Locb, Tamburini, Luciani et Seppilli, Angebricci et d'autres, pour démontrer l'*hémiopie d'origine cérébrale*, et les rapports complexes que chaque hémisphère a avec l'œil du même côté, l'autre œil et les deux à la fois.

RÉSUMÉ

I° Puisque dans la plupart des cas qualifiés de *migraine ophtalmique* ce sont les troubles visuels qui ouvrent la marche,

[1] Forster. — *Ueber Rindblindheit* (et *v. Graefe's Arch.*, t. XXXVI, 1, p. 24). Il s'agissait d'un individu de trente-neuf ans, atteint d'hémiopie complète à droite. La ligne de démarcation empiétait, dans la région centrale, comme d'ordinaire, du côté hémianopsique. Au bout de cinq ans, l'hémianopsie gauche complète vint s'y ajouter. L'individu se présentait comme étant aveugle, mais l'examen démontra la persistance d'un champ visuel central, très limité (3 à 5 degrés de diamètre), où la vue était de un tiers. La mémoire topographique et le sens chromatique étaient abolis. Réaction pupillaire bien faible à la lumière. Rien au fond de l'œil.

[2] Observations de Hosch, Wernicke, Forster, etc...

puisque les cas de migraine vulgaire sont sûrement plus nombreux que les cas de migraine ophtalmique, puisque les troubles visuels peuvent se présenter en l'absence de syndrôme migraineux. il nous semblerait plus juste de substituer définitivement le nom d'*amblyopie transitoire*, aux autres dénominations (migraine ophtalmique, scotôme scintillant, théicopsie, etc.) adoptées jusqu'à présent. De telle sorte, qu'au lieu de devoir distinguer, comme M. Féré le proposa, des migraines ophtalmiques *simples*, *frustes*, *dissociées* ou *accompagnées*, on aurait simplement à noter dans les cas d'*ambliopie transitoire*, quelle forme ce trouble visuel présente (scotôme périphérique scintillant, scotôme central, hémiopie, etc.) et s'il est accompagné ou non par d'autres troubles nerveux (migraine, aphasie, épilepsie partielle, etc.).

En effet, bien souvent c'est le symptôme *amblyopie transitoire* qui a la valeur la plus grande, quelle qu'en soit la forme : seulement, lorsque le syndrôme migraineux, ou celui de l'épilepsie partielle, *précède* les troubles oculaires et s'impose davantage par sa gravité, l'on pourra ajouter au diagnostic de *migraine* ou *d'épilepsie partielle*, *l'amblyopie transitoire considérée comme épiphénomène*. Les formes *dissociées* de migraine ophtalmique, sur lesquelles Charcot a insisté, sont des cas où l'amblyopie transitoire (soit simple, soit accompagnée) s'alterne ou se confond avec les attaques migraineuses ou autres troubles nerveux.

L'amblyopie transitoire serait *compliquée* (plus qu'*accompagnée*) lorsque dans les accès il y a encore des troubles de la parole, de l'intelligence, ou de l'épilepsie partielle ou complète.

II° L'amblyopie transitoire doit être rangée, dans la plupart des cas, comme la migraine, parmi les troubles nerveux purement dynamiques.

Même dans les cas où les accès d'amblyopie accompagnent ou précèdent une maladie nerveuse organique, telle que le tabès ou la démence paralytique, ces accès sont dus à un trouble fonctionnel passager du cerveau. L'analogie entre la migraine et les accès d'amblyopie transitoire, considérés comme des *névroses rudimentaires*, pouvant rester les seuls stigmates nerveux du sujet, ou pouvant encore précéder ou accompagner d'autres névropathies fonctionnelles (neurasthénie, hystérie, épilepsie) ou organiques (tabès, paralysie

générale), est démontrée soit par la fréquence avec laquelle les deux troubles se présentent ensemble (*migraine ophtalmique*), soit par les cas où les deux troubles s'alternent et se substituent l'un à l'autre.

III. L'amblyopie transitoire est essentiellement caractérisée par des troubles oculaires différents, tels que l'hémiopie, les scotômes périphériques symétriques (hémiopie partielle), le scotôme central monoculaire ou binoculaire, l'amblyopie ou même l'amaurose totale, l'hémianopsie double, etc. La vision périphérique est plus souvent intéressée que la centrale, et les deux yeux à la fois plus souvent qu'un seul œil; de sorte que la forme la plus fréquente de l'amblyopie transitoire est l'hémiopie, soit complète (hémiopie horizontale homonyme), soit incomplète, comme dans les cas typiques de scotôme scintillant.

Le trouble visuel se déclare et disparaît plus ou moins *soudainement*. Le scintillement doit être considéré comme un épiphénomène dans l'ordre des hallucinations, dû à l'irritation des centres corticaux visuels où le trouble circulatoire a lieu. Puisque le plus souvent le scintillement entoure le scotôme *symétrique* d'une hémianopsie incomplète, nous pourrons le considérer comme dû à l'irritation périphérique (anémie incomplète?... hypérémie collatérale?...) de la région de l'écorce visuelle où le trouble circulatoire provoque le scotôme (centre des fibres destinées aux deux moitiés rétiniennes du même côté).

Parfois d'autres troubles oculaires accompagnent l'amblyopie transitoire. Ainsi, les pupilles peuvent se montrer contractées (quelquefois inégalement, celle du côté affecté étant la plus petite) ou dilatées, tandis que le disque optique se présente anémique pendant l'accès. Quelquefois encore apparaissent des névralgies oculaires, ou une sensation de tension dans l'œil, qui pourraient faire songer à une attaque de glaucome (Dianoux).

Les troubles visuels sont souvent accompagnés par le syndrôme migraineux (véritable *migraine ophtalmique*), qui peut éclore après un intervalle de quelques minutes à une heure et même plus. Les douleurs de tête, compliquées parfois d'une sensation de vertige, surviennent généralement sur un point limité de la tempe, du côté des troubles visuels, et s'irradient plus ou moins intenses et étendues dans la moitié du crâne.

L'accès de migraine est souvent suivi de nausées et vomissements. La durée de l'attaque varie le plus souvent entre un quart d'heure et une demi-heure, exceptionnellement plus. Les crises les plus courtes, presque avortées, se voient de préférence lorsque l'affection dure depuis longtemps.

Au lieu de la migraine, ou en même temps qu'elle, des troubles vaso-moteurs du côté de la face, des phénomènes divers du côté des membres, des troubles plus ou moins localisés de la sensibilité ou de la motilité, des altérations des fonctions cérébrales, notamment de la parole et des activités psychiques analogues, peuvent accompagner l'amblyopie transitoire.

IV. L'amblyopie transitoire est une affection assez fréquente. Si elle ne se montre pas encore plus souvent dans les cliniques, c'est que les malades n'y attachent pas grande importance, puisque, dans la grande majorité des cas, les accès sont assez espacés, ont une durée très courte et ne laissent aucun trouble persistant, même lorsque les accès reviennent pendant de longues années.

Seulement si les accès sont fréquents (se produisant jusqu'à plusieurs fois dans la journée) ou accompagnés de violentes migraines ou d'autres troubles nerveux, le malade se présente à la consultation. Il peut aussi être amené à consulter, à cause de la persistance du trouble visuel ou de quelque trouble nerveux qui en complique les accès. Ce passage des troubles nerveux occasionnels à l'état permanent, est à craindre surtout chez les hystériques, ou lorsqu'une névropathie organique va se déclarer.

En envisageant l'amblyopie transitoire comme nous l'avons fait, c'est-à-dire à un point de vue général, et en y considérant toutes les différentes formes symptomatologiques, il est très facile de reconnaître l'affection et de la rapporter à l'état nerveux plus ou moins manifeste du sujet. Les accès d'amblyopie transitoire qui se rencontrent chez les goutteux, les hémorroïdaires, les femmes enceintes, les anémiques, et même chez des personnes qui ne révèlent aucun autre état morbide, tiennent toujours à des troubles passagers dans lesquels les troubles vaso-moteurs cérébraux jouent un grand rôle. Les conditions physiopathologiques qui diminuent d'une façon si rapide la circulation des parties du cerveau en rapport avec l'organe visuel (territoire de l'artère sylvienne) sont encore très peu connues.

L'influence du sympathique (du Bois-Reymond) serait bien démontrée par quelques observations, comme celle d'Hilbert, résumée ici, et par l'analogie existant entre le scotôme scintillant et les phénomènes de certaines intoxications (comme la digitale), qui paraissent intéresser surtout le sympathique (Latham).

A côté de la prédisposition constitutionnelle pour les attaques, il faut en considérer *les causes occasionnelles* (un travail intellectuel prolongé, un excès quelconque, des troubles de la digestion) et dans plusieurs de ces cas le trouble vaso-moteur cérébral peut être envisagé comme un phénomène réflexe. Dans d'autres cas, par exemple lorsque l'accès survient après un jeûne prolongé et pendant la sensation de faim, ou même sans cause appréciable, le trouble circulatoire des centres corticaux est *idiopathique*, pour ainsi dire, en constituant à lui seul la maladie, qui pourra tout au plus se rapporter à un état neurasthénique latent ou fruste.

En raison de l'étiologie et de la nature de l'amblyopie transitoire, nous la rencontrons presque toujours chez les adultes (de trente à soixante ans); néanmoins, il y en a plusieurs observations chez de jeunes individus de dix à vingt ans et quelques-unes chez des vieillards, où le plus souvent le trouble visuel a remplacé les attaques migraineuses.

L'affection est ainsi plus fréquente (ainsi que la migraine) chez le sexe féminin, et l'hérédité nerveuse (goutte ou diabète) y joue un grand rôle.

V. Le trouble fonctionnel qui cause l'amblyopie transitoire siège sans doute dans l'*écorce cérébrale*. L'anesthésie ou l'irritation de ces centres visuels corticaux (surtout le *cuneus* et la circonvolution occipitale superieure), à la suite de troubles circulatoires, donnerait au malade, d'après la loi de la projection extérieure de nos sensations, le phénomène du scotôme et parfois du scintillement dans le champ visuel.

Les deux formes, monoculaire et hémiopique, de l'amblyopie transitoire, constituent (Parinaud) un argument sérieux en faveur de la double connexion des nerfs optiques avec les hémisphères. Selon le foyer (d'une même hémisphère) intéressé, nous aurions ou l'amblyopie monoculaire croisée ou l'hémiopie. L'amblyopie passagère présente encore, en comparaison des amblyopies et hémiopies persistantes (par suite de lésions organiques) plusieurs particularités qui établissent

entre elle et les faits expérimentaux (Munk, Ferrier, etc...) une analogie plus grande, favorable sans aucun doute à la localisation de l'affection dans la *substance grise* de l'écorce cérébrale.

Le plus souvent, le centre cortical de la vision périphérique de l'hémisphère *gauche* (scotôme scintillant ou hémianopsie *à droite*) est atteint; mais, les autres formes de l'amblyopie transitoire nous démontrent que le trouble peut commencer ou s'étendre dans n'importe quel endroit de l'écorce visuelle, pour la vision centrale ou pour la périphérique, pour la vision d'un seul œil ou pour la vision binoculaire. D'autres cas (hémianopsie double, amaurose transitoire bilatérale) et l'examen attentif des observations d'amblyopie transitoire liée à l'épilepsie sensitivo-sensorielle (surtout les cas relatés par Féré) démontrent la possibilité que le trouble atteigne les deux hémisphères, alternativement dans le même accès ou dans les différents accès, ou bien encore à la fois.

En ce qui concerne les syndrômes souvent concomittants de l'amblyopie transitoire, c'est-à-dire la migraine et l'épilepsie partielle, la pathogénie de cette dernière semble être la même que pour l'amblyopie transitoire (asthénie ou irritation de différentes régions corticales psycho-motrices et psycho-sensitives), tandis que la pathogénie de la migraine reste obscure.

Dans la plupart des cas, l'amblyopie transitoire représente, de même que la migraine avec laquelle elle est si souvent unie (*migraine ophtalmique*), une *simple névrose*, stigmate rudimentaire d'un sujet qui pourra plus tard entrer dans la catégorie des véritables névropathes. Mais, lorsque les crises d'amblyopie transitoire sont certainement de nature hystérique, ou liées à l'épilepsie partielle dans la période prodromique de la démence paralytique, le syndrôme a une signification plus grave, surtout dans ce dernier cas, où les troubles corticaux tiennent à des lésions qui vont devenir organiques.

VI. Au point de vue du diagnostic des maladies nerveuses, l'amblyopie transitoire est rangée parmi les troubles subjectifs de la vision, puisqu'ils sont perçus par le malade, tandis que l'observateur n'en peut rien apprécier. Seulement, dans quelques cas (comme celui d'hémiopie ou de rétrécissement concentrique du champ visuel), si l'accès se prolonge assez longtemps et si l'on a l'occasion d'examiner le sujet pendant sa durée, on peut en contrôler au périmètre la forme et l'étendue.

Le *diagnostic différentiel* entre l'amblyopie transitoire et d'autres affections, telles que les maladies des membranes de l'œil, glaucôme, etc., est trop grossier pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce sujet.

Plus difficile, sans doute, est le *pronostic*, quant à la *marche*, la *durée* et la *signification* de l'affection. Rien de caractéristique dans la marche et la durée, puisque la fréquence et l'intensité des accès peut varier extrêmement, selon les différents individus et aussi chez le même sujet aux différentes époques de sa vie. Tantôt les attaques reviennent périodiquement toutes les semaines, tous les mois, tous les jours, même plusieurs fois par jour (notre observation plus haut), tantôt il n'y en a qu'une seule pendant toute la vie. Il peut arriver que, par suite de l'âge, il survienne une amélioration, mais il peut arriver aussi qu'une simple amblyopie transitoire se complète plus tard, même au bout de plusieurs années, avec le syndrôme migraineux, pour constituer une *migraine ophtalmique* plus ou moins grave et fréquente. Si nous considérons la possibilité que le syndrôme de l'épilepsie partielle survienne encore, que quelque symptôme des attaques reste permanent, que ces attaques peuvent marquer le début de la paralysie générale ou être associées à nombre d'autres maladies nerveuses ou même être suivis de mort (un cas de Féré), nous comprendrons la difficulté et l'importance d'un pronostic.

VII. Le *traitement* de l'amblyopie transitoire doit viser :

1° Aux conditions générales du malade, pour prévenir le retour des accès et en diminuer la fréquence;

2° A faire avorter ou à couper les accès mêmes, lorsqu'ils sont intenses et de longue durée.

Pour empêcher le retour des accès, les bromures, l'hydrothérapie, les purgations fréquentes et légères, le sulfate de quinine et la digitale, etc., rendront service, étant employés selon la cause constitutionnelle (hystérie, neurasthénie, épilepsie, dyspepsie, anémie etc...) dont ces attaques tirent leur origine.

Il faudra, en outre, en interrogeant le malade, rechercher toutes les causes *occasionnelles* des accès, afin de les éviter.

Pour mitiger l'accès même, ou l'interrompre, le moyen le plus simple et le plus sûr est de faire garder au malade le repos en décubitus horizontal avec occlusion des yeux.

Souvent le bromure de potassium ou de camphre, à la dose de 2 à 6 grammes (pris en une ou deux fois) pourra éviter l'attaque de migraine ophtalmique, lorsque le malade en présente les signes avant-coureurs (Baralt), qui lui permettent, d'avoir recours à temps au médicament. Un verre de vin ou de spiritueux, rapidement pris au commencement de l'accès, peut souvent le faire avorter, surtout s'il survient après un jeûne prolongé ou après un trouble de la digestion à peine commencée. Il en est de même pour le café bien fort (ou l'injection de caféine, qui pourra encore être très utile contre la migraine), ou pour une sensation instantanée de froid sur le visage.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

1. Wollaston. — *Philosophical transactions*, 1824 (trad. par Arago), 1824.
2. Parry. — *Collections from the writings*, 1825.
3. Pelletan. — *Coup d'œil sur la migraine*. (Paris, 1830.)
4. Piorry. — *Mémoires sur la migraine* (1831) *et traité de médecine pratique*, t. VIII, p. 75.
5. Tyrrel. — *Cyclopedia of practical surgery*, 1841.
6. Brewster.— *Philosophical magazine*, 1865.
7. Airy. — *Philosophical magazine July*, 1865.
8. Forster. — *Ueber amaurosis partialis fugax*. (Société d'Heidelberg, 1867.)
9. Quaglino. — *Annali di ottalmol.*, 1871.
10. Latham. — *On nervous-or sick head-ache, its varieties and treatment*, Cambridge, 1873.
11. Liveing. — *On migrain and sick head-ache*, 1873.
12. Albutt. — *Derangement of vision and their relation to migrain*. (*Brit. and form. med. chir. rev.*, 1874, p. 452.)
13. Dianou. — *Du scotôme scintillant ou amaurose partielle temporaire*. (Th. de Paris, 1875.)
14. Testelin. — *Trois observations de migraine ophtalmique dans le supplément au traité des maladies des yeux de Mackenzie*, 1876.
15. Listing et Ruette. — *Observations de migraine ophtalmique*. (*Klinische monatsbl.*, 1877.)
16. Galezowski. — *Comptes rendus du Congrès de Genève*, 1877.
17. Warlomont, Bonnal. — *Migraine ophtalmique datant de vingt-cinq ans, guérie par les bains d'air chaud*. (*Rev. mens. de méd. et chir.*, 1878.)

18. Baron. — *Etude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques.* (Th. de Paris, 1878.)
19. Gowers. — *The Lancet*, 1879.
20. R. Baralt. — *Contrib. à l'étude du scotôme scintillant ou amaurose partielle temporaire.* (Th. de Paris, 1880.)
21. A. Robin. — *Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale.* (Th. d'agrég., 1880.)
22. Manthner. — *Vertrage auf der gesammte gebiete der augenheilk*, 1881.
23. P. Bert. — *Observations sur le siège du scotôme scintillant.* (Société de biologie, juillet 1891.)
24. Féré. — *Contribution à l'étude de la migraine ophtalmique.* (Rev. de médecine, 1881.)
25. Abadie. — *Du vertige oculaire.* (Progrès médical, 1881-82.)
26. Féré. — *Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales.* (Th. de Paris, 1882.)
27. Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux.* (Paris, 1882.)
28. H. Parinaud. — *Des rapports croisés et directs des nerfs optique savec les hémisphères cérébraux.* (Société de biologie, séance du 11 mars 1882.)
29. Galezowski. — (*Recueil d'ophtalm.*, 1881 et 1883.)
30. Raullet. — *Etude sur la migraine ophtalmique.* (Le Mans, 1883.)
31. Raullet. — *De la migraine ophtalmique.* (Th. de Paris, 1883.)
32. Féré. — *Note sur un cas de migraine opthalmique à accès répétés suivis de mort.* (*Revue de médecine*, 1883.)
33. Parinaud. — *Migraine ophtalmique au début de la paralysie générale.* (*Archives de Neurologie*, 1883, t. V, p. 57.)
34. Robiolis. — *Contribution à l'étude de la migraine dite ophtalmique.* (Th. de Montpellier, 1884.)
35. Sarda. — *Des migraines.* (Th. d'agrég., Paris, 1886.)
36. H. Parinaud. — *Anesthésie de la rétine*, 1886.
37. L. Thomas. — *La migraine.* (Paris, 1887.)
38. Galezowski. — *Traité des maladies des yeux.* (Paris, 1888, p. 562.)
39. Charcot. — *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1881-88. (*Policlinique* du 10 janvier 1888, p. 10.)
40. P. Blocq. — *Migraine ophtalmique et paralysie générale.* (*Archives de Neurologie*, 1889.)
41. Chalmers da Costa. — *A case of ophtalmic migrain.* (*Journal des connaissances médicales*, 8 mai 1890.)
42. A. Angelucci. — *Recherches sur la fonction visuelle de la rétine et du cerveau.* (*Rec. d'opht.*, novembre 1889 et janvier 1890.)

43. Babinski. — *De la migraine ophtalmique hystérique.* (*Archives de Neurologie*, 1890.)
44. A. Marie. — *Contribution à l'étude des troubles oculaires dans la paralysie générale.* (Th. de Paris, 1890.)
45. A. Mazra. — *Osservazioni di emianopsia omonima.* (Rendicouts del XII Cong. dell' Assoc. Oltalmol. Italiana, 1890-91.)
46. Fuchs. — *Lehrbuch der Augenheilkunde*, 1891, p. 495.
47. Lemos. — *L'épilepsie sensitive et la démence paralytique.* (Congrès international de Berlin, 1891.)
48. Gilles de la Tourette. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* (Vol. I, *Hystérie normale*, Paris, 1891.)
49. Greco. — *Dell'emianopsia isterica.* (Pisa, *Il Morgagni*, n° 8 del 1891.)
50. Levillain. — *La neurasthénie.* (Paris, 1891.)
51. Hilbert. — *Contribution à la pathologie du scotôme scintillant.* (*Centralb. f. prak. augenh.*, novembre 1891.)
52. Fink. — *Des rapports de la migraine ophtalmique avec l'hystérie.* (Th. de Paris, 1891.)
53. Charcot. — *Sclérose en plaque et paralysie générale.* (Leçons à la Salpêtrière, *Semaine médicale*, 27 janvier 1892.)
54. P. Blocq et J. Onanoff. — *Maladies nerveuses* (*sémiologie et nosdiagtic*). Paris, 1892, p. 131.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. CHARCOT.

LA SUGGESTION CHEZ LES HYSTÉRIQUES;

3e CONFÉRENCE FAITE A LA SALPÊTRIÈRE LE 1er AVRIL 1892,

Par M. PIERRE JANET,
Professeur agrégé de philosophie, docteur ès lettres, élève du service.

MESSIEURS,

En apprenant que j'allais vous parler aujourd'hui de la suggestion, beaucoup d'entre vous ont dû se sentir très effrayés, et s'attendent sans doute à une étude aussi vague qu'interminable. Pour beaucoup, en effet, le mot suggestion a perdu tout sens précis et s'applique à une quantité de choses diffé-

rentes; suggestion toute la thérapeutique, suggestion toute la pathologie nerveuse, suggestion surtout toute la psychologie. Rassurez-vous cependant, le mot suggestion n'a pas pour moi un sens aussi vaste et aussi indéfini. Il désigne à mes yeux un phénomène très réel, très important, mais un phénomène tout particulier, qu'il faut éviter de confondre avec tous les autres. D'ailleurs, l'objet de ces études est restreint et suffit amplement à mon ambition : je me contente d'étudier devant vous les hystériques et rien de plus. J'ai l'intention de vous exposer un phénomène psychologique particulier qui se présente chez ces malades et que je vous propose d'appeler *la suggestion*. Libre à vous de penser que chez l'homme normal la suggestion est plus importante et qu'elle revêt d'autres caractères. Je cherche uniquement à préciser le sens de ce mot quand on l'applique à des hystériques et à vous montrer les conditions dont ce phénomène paraît dépendre.

I. — Contentons-nous, pour le début, d'une définition très élémentaire et très vague qui se précisera peu à peu. L'observation la plus superficielle des hystériques a permis à tous les médecins de faire une remarque banale : c'est que, chez elles, et plus particulièrement chez quelques-unes d'entre elles, certaines idées prennent très facilement une importance exagérée. Cette importance exagérée se manifeste de plusieurs façons, par la fréquence avec laquelle ces idées se présentent à leur esprit, par la durée pendant laquelle ces idées persistent, par les actes extérieurs qui les accompagnent, par l'apparence de réalité, d'objectivité enfin qu'elles prennent aux yeux du sujet.

On constate très souvent des phénomènes de ce genre pendant les attaques d'hystérie. C'est là un fait d'observation dans lequel l'expérimentation n'entre pour rien, certaines crises répètent tous les huit jours et quelquefois même tous les jours avec une précision extraordinaire, un fait, un accident, une idée quelconque qui ont vivement impressionné l'esprit du malade.

Un petit jeune homme de seize ans voit un incendie, et quel incendie, la flamme de quelques copeaux dans la cuisine, et voici que depuis trois ans, il passe une heure tous les jours à voir du feu, à crier au secours, à entendre la corne des pompiers, à se débattre en les appelant; c'est un peu abusif vous l'avouerez. Une femme, dont je vous parlais dernière-

ment, a vu, une fois dans sa vie, un homme caché derrière les rideaux pour faire une plaisanterie, et, depuis deux ans, elle a, tous les soirs, une crise d'hystérie formidable et passe une heure les yeux fixés sur les rideaux, en posture de terreur. Tous les exemples se ressemblent, car, presque toujours, toutes les péripéties des attaques de ce genre reproduisent ainsi un incident de la vie dont l'importance est exagérée. Vous connaissez dans le service cette malade bizarre que nous appelons quelquefois la femme-chameau, parce qu'elle a été impressionnée, en Algérie, par cet animal, et qu'elle paraît reproduire son cri pendant l'attaque; elle ne fait pas un geste qui n'ait une raison de ce genre. Ainsi, elle s'arrête au milieu de ses cris et lève le bras droit en l'air, c'est qu'elle prend la posture du tableau qu'elle a regardé autrefois dans sa chambre, la *Vérité*, de Jules Lefèvre; puis elle se couche et crie miaou, miaou, c'est parce qu'un petit chat, bien innocemment, lui a, un jour, léché le bout des doigts; elle contrefait la voix des enfants et répète zou, zou, manounou, patapan, ta, tata, zo, zo..., etc., c'est qu'elle imite la voix d'un petit pâtissier idiot qu'elle a vu dans les rues d'Alger, et ainsi pour tout ce qu'elle fait. Nous retrouvons la même importance exagérée de certaines idées dans les rêves : Une jeune fille de vingt-trois ans rêve toutes les nuits qu'elle tombe dans l'eau, parce que, à l'âge de dix ans, elle a failli se mouiller les pieds dans un ruisseau. D'autres accidents, en dehors des crises et des rêves, manifestent le même phénomène. Sœur Jeanne des Anges, dont M. Gilles de la Tourette nous a fait connaître les intéressantes confessions, rêve qu'elle a cohabité avec le diable et à la suite présente tous les symptômes de la grossesse, même la sécrétion lactée des mamelles[1]. J'ai eu l'occasion, d'ailleurs, de voir deux cas analogues, quoique moins complets. Un individu, qui travaille dans le plomb, imite la paralysie des extenseurs de son camarade. Un homme assiste à l'enterrement de son neveu qui a eu le bras droit coupé après un accident de machine, il rentre avec une paralysie hystérique du bras. Une femme, nous raconte M. Gilles de la Tourette, donne une gifle à son enfant et la main reste paralysée avec une anesthésie en manchette[2]. Une autre, que j'ai décrite autrefois, lève le

[1] G. Legué et Gilles de la Tourette. — *Sœur Jeanne des Anges* (*bibliothèque diabolique*, 1886, p. 81).

[2] Gilles de la Tourette. — *Traité de l'hystérie*, 1891, 522.

poing contre son mari et, par une punition céleste, son bras reste contracturé dans la position du coup de poing[1]. Faut-il ajouter que j'ai vu une hystérique se trouver fortement purgée parce qu'elle avait apporté une purge à un malade.

En dehors de ces accidents extérieurement visibles, ces malades ont sans cesse dans la tête des idées d'une importance exagérée. Je trouve un jour la petite Berthe, immobile, absorbée dans une contemplation imaginaire : « Que c'est beau, dit-elle tout bas, que c'est beau, » et je ne peux pas en tirer autre chose. On me dit que depuis la veille elle est ainsi en extase, qu'elle n'a pas pu se coucher et qu'elle a passé la nuit assise sur son lit, en admiration. « C'est bien beau, dit-elle enfin, cette statue, ce grand paysan. » Tout s'explique, elle a été aider une infirmière à épousseter un laboratoire où M. Richer mêle les belles œuvres d'art aux études scientifiques, et elle a été saisie d'admiration pour une statue. Elle n'a pas tort et cela prouve qu'elle a bon goût, mais deux jours d'extase continue, c'est exagéré. Un autre jour, elle ne peut plus arriver à parler, parce que sa bouche chante tout le temps malgré elle, on a voulu lui apprendre une chanson et on a trop bien réussi, puisqu'elle ne peut plus s'en débarrasser. Célestine, une autre malade, se fâche un jour contre un fonctionnaire de la Salpêtrière et ne pense plus qu'à le rosser d'importance. Elle pleure et trépigne et me dit : « C'est ridicule, c'est désolant, on va me mettre encore aux folles, mais cela ne fait rien, il faut que je le rosse. » Vous comprenez que j'aie dû prendre quelques précautions, d'ailleurs faciles.

En effet, on peut changer leurs idées ou reproduire soi-même artificiellement ces idées d'une importance exagérée qui naissaient spontanément. On peut les faire agir, leur faire croire, même leur faire voir tout ce que l'on veut, et j'ai recueilli autrefois de nombreux exemples de cette crédulité qu'il serait trop long de vous raconter[2]. Rappelez-vous seulement, qu'en général, il ne faut pas hypnotiser les hystériques pour leur suggérer quelque chose, c'est là une grosse erreur qui a eu de l'influence sur la conception que l'on s'est faite du somnambulisme. Affirmez-leur pendant la veille, c'est tout aussi commode et beaucoup plus sûr et vous remarquerez que les suggestions dont je vais

[1] Pierre Janet. — *Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme.* (*Revue philosophique*, 1888, I, 224.)

[2] *Automatisme psychologique*, 205.

vous montrer quelques exemples sont faites à l'état de *veille*. De semblables suggestions sont fort graves et peuvent persister fort longtemps. Il y a deux ans, quand j'étais élève chez mon éminent maître, M. Landouzy, je déclarai à une hystérique pendant la veille que je lui faisais cadeau d'une belle rose. Elle la vit fort bien, par hallucination, et la plaça délicatement dans un verre d'eau. Je partis sans enlever la suggestion, pour voir ce que la rose deviendrait. La malade changea l'eau de son verre et soigna sa belle rose qui ne se fanait jamais, malgré les railleries des infirmières et des malades, et douze jours après je me décidai à enlever la rose parce que je commençais à être inquiet de cette sorte de folie persistante. On peut faire aux hystériques bien d'autres suggestions beaucoup plus graves encore; toujours on verra ces idées prendre une importance énorme, se répéter, durer, se manifester par des actes réels, par des images objectivées de véritables hallucinations.

En quoi donc consiste l'importance que prennent ces idées? Une première explication a été fournie souvent depuis des siècles, par tous les philosophes[1]. Chez tous les hommes, dit-on, les idées ont une tendance à se transformer en acte, une musique nous fait danser, les enfants suivent le tambour en marchant au pas, la vue d'un bâillement nous fait bâiller, etc. Les idées semblent aussi se transformer en sensation, la pensée de la démangeaison nous fait sentir un prurit véritable; nous croyons voir au microscope ce que l'on nous décrit, etc. Tout cela est juste, quoique exprimé d'une manière trop vague. Voici une façon un peu plus précise de répéter cette même explication. Toute idée bien comprise, bien claire, est en réalité dans notre esprit un ensemble, un système d'images différentes, ayant chacune des propriétés spéciales et diversement coordonnées. Prenons, par exemple, cette pensée très simple qui s'exprime par ces mots : « faire le tour de la chambre ». Cette pensée renferme des images visuelles ou musculaires suivant les cas du mouvement des jambes, des images visuelles de l'aspect de la chambre au moment où l'on part, puis d'autres images motrices et d'autres images visuelles d'un nouvel aspect de la salle et ainsi une longue suite de représentations variées jusqu'à une dernière

[1] Relire, par exemple, les chapitres si curieux de Malebranche et d'autres cartésiens sur l'influence de l'imagination.

qui reproduira le premier aspect de la salle. La pensée d'un bouquet de roses ou la pensée d'un chat renferme de même de nombreux éléments groupés les uns autour des autres dans une dépendance très étroite. Nous n'avons qu'à signaler dans ces idées, la notion de la couleur des fleurs, la couleur et la forme du chat, puis de nombreuses images d'odorat, de tact, d'ouïe, etc., en un mot, comme je le disais, ces idées sont de véritables systèmes d'images. Le plus souvent, ces systèmes se reproduisent dans notre esprit d'une façon tout à fait partielle et abrégée : par exemple, l'image sonore ou kinesthésique du mot « fleur » ou du mot « chat » se reproduira seule, ou à peu près seule et suffira pour représenter tout le système complexe dont elle n'est qu'un petit élément.

Dans les cas de suggestion que nous cherchons à analyser, nous voyons, au contraire, que des systèmes de ce genre, s'ils commencent une fois à se développer dans l'esprit, ne restent pas incomplets. Tous ces détails constituants, images visuelles, images tactiles, images kinesthésiques, réapparaissent à leur place de manière à reconstituer le système dans son ensemble. Or, chacune de ces images a un rôle dans l'esprit, l'une provoque des émotions et des sentiments, l'autre est accompagnée de mouvements réels des membres. Le système reproduit dans son ensemble provoque donc certains grands phénomènes psychologiques comme l'exécution d'un acte réel ou la croyance à l'existence réelle et extérieure des objets auxquels on pense. Les actes réels et l'objectivité apparente des objets ne tiennent, comme on sait, qu'à la précision et à la complexité des images qui ressuscitent dans l'esprit[1].

Je n'ai pas l'intention de vous montrer de nombreux exemples de la suggestion que vous connaissez trop bien ; mais je vais vous faire remarquer, en vous montrant quelques faits, ce caractère important du développement des images contenues dans une idée. J'emploie la parole pour faire aux malades, que vous connaissez, des suggestions rapides, d'autres moyens pourraient également faire pénétrer dans leur esprit l'idée qui va se développer. Je dis à Isabelle, sur le ton le plus simple : « Tiens, regarde donc sur cette chaise le beau bouquet de roses. » J'éveille dans son esprit par ces mots le système d'images qui constitue l'idée d'un bouquet de roses. Ordinai-

[1] Voir une étude sur la puissance de semblables phénomènes dans l'*Automatisme psychologique*, 1889, p. 200.

rement, chez une personne normale, ce système resterait extrêmement incomplet, réduit à un ou deux termes et il n'amènerait aucun mouvement extérieur et aucune croyance à l'existence réelle du bouquet. Mais, voyez Isabelle, elle se lève, prend le bouquet, tient les mains écartées comme si elle sentait entre elles une résistance, abaisse la tête et respire l'odeur; elle a dans l'esprit une énorme quantité d'images tactiles, visuelles, olfactives, etc. Elle décrit les roses, leur couleur, leur nombre, etc. En un mot, chez elle le système d'images, qui constitue ce que nous appelons un bouquet de roses, s'est reconstitué dans son intégrité.

Permettez-moi de vous montrer un second exemple que je trouve plus curieux et plus décisif encore. Je vais vous montrer chez Marguerite un phénomène de suggestion très singulier que j'ai constaté chez elle tout à fait par hasard en cherchant autre chose, mais que je vais essayer de reproduire devant vous. Vous avez déjà vu cette jeune fille, vous savez qu'elle a vingt-trois ans, qu'elle est à la Salpêtrière depuis plus d'un an et que, par conséquent, elle nous connaît tous très bien. Vous n'avez pas oublié les divers accidents hystériques, contracture, œdème bleu, attaques qui l'ont amenée à l'hôpital et vous pouvez vérifier encore une fois ses stigmates permanents, anesthésie tactile tout à fait complète de tout le côté droit, anesthésie musculaire telle qu'elle est incapable de remuer son bras droit sans le voir et qu'elle le laisse dans des postures cataleptiques quand on le déplace à son insu, rétrécissement du champ visuel à 35°, etc. Eh bien, je lui dis simplement, en insistant un peu, ce simple mot : « bonjour Margot ». Elle a, comme vous voyez une petite secousse et elle change de visage. Comme elle me regarde d'un air étonné, je lui demande ce qu'elle a et ce qui l'inquiète : « Mais, je ne vous connais pas, monsieur. — Comment, tu viens de me voir ce matin. — Mais non, ce matin, j'étais en classe et j'ai fait mes devoirs. » Si vous êtes surpris de ces réponses et si vous examinez la malade, vous allez voir qu'elle a complètement oublié la Salpêtrière, sa propre maladie, tout ce qu'elle a fait dans ces dernières années et que, au contraire, elle se souvient de son enfance avec une précision étonnante. Si nous allons plus loin, nous voyons qu'elle n'a plus aucun stigmate hystérique : elle crie dès que je pince son bras droit, elle le remue sans le voir et ne garde plus les poses cataleptiques, elle a un champ

visuel qui est devenu absolument normal. Que s'est-il passé? Il suffit de lui demander son âge. « J'ai huit ans, » nous dit-elle. Voici probablement ce qui est arrivé, par hasard la première fois et ce qui se répète aujourd'hui : le mot « Margot » est le nom qu'on lui donnait à la pension, quand elle avait l'âge de huit ans, et ce mot prononcé par nous a réveillé dans son esprit tout le système énorme de souvenirs, d'images et même de sensations auquel il était lié. Même la sensibilité tactile et musculaire du côté droit, qui semble disparue de la conscience, mais qui existait latente, comme nous le savons, s'est réveillée, s'est rattachée à la conscience personnelle pour reconstituer le système complet de Margot à huit ans, à la pension. Voici, je crois, un bel exemple, quoique assez rare, de ce développement automatique de tous les éléments qui entrent dans une idée. Ces faits nous expliquent déjà une partie de la suggestion, ce que nous avons appelé l'importance prise par certaines idées.

Nous avons encore à insister sur une autre expression, ce qui caractérise la suggestion, c'est, disons-nous, l'exagération de ce développement, c'est son caractère anormal. Un homme bien portant présente certainement des phénomènes psychologiques où le développement automatique des idées se manifeste jusqu'à un certain point; la mémoire, l'association des idées, l'habitude, sont des faits de ce genre bien décrits, depuis longtemps. Mais, quand deux faits présentent quelques points communs, ce n'est pas une raison pour les confondre. Prétendre que la leçon d'un maître est identique à la suggestion faite aux malades, que le rêve d'un homme qui dort est identique à l'hallucination de l'aliéné et conclure que la suggestion n'est rien, que l'hallucination ou le délire n'existent pas, c'est vouloir, sous prétexte de psychologie, nous plonger, dans la plus complète confusion.

Dans un esprit bien équilibré, le développement automatique des idées présente toujours deux caractères, il est soumis à l'action de la volonté et il est réglé par les faits réels, par les circonstances au milieu desquelles nous nous trouvons. Je ne cherche pas à vous faire comprendre ce que l'on entend par le mot « volonté », je me contente du sens banal. Un acte est volontaire quand nous avons conscience de l'accomplir, quand nous le rattachons à notre personnalité. « C'est moi qui fais cet acte, disons-nous, et je pense que cette action est en rap-

port avec mon caractère, mes sentiments, mes idées ; je garde le souvenir de l'avoir faite et je la considère désormais comme faisant partie de ma personne. » Nos idées sont aussi déterminées par les circonstances extérieures, par les sensations que nous éprouvons, par tout ce que nous pouvons savoir du lieu et du temps où nous nous trouvons. Si, actuellement, vous pensez à un ballet de l'Opéra, cette idée ne se développera pas en vous parce que vous avez devant les yeux, en regardant cette estrade, un spectacle tout différent et que l'idée d'un ballet de l'Opéra ne s'accorde pas avec les sensations visuelles que vous éprouvez. Le développement de vos idées est donc raisonnable, harmonieux, en accord avec les faits présents, et vous n'avez alors que des souvenirs et non des suggestions. Quand ces deux caractères existent, il ne faut pas parler de suggestion. Quand vous dites à un malade souffrant, pauvre, humble devant vous : « Allons, mon ami, pensez à guérir, pensez que vous êtes guéri, tenez les yeux fermés, faites semblant de dormir, etc. » Le malade fera tout ce que vous voudrez, et il aura raison ; mais c'est de la complaisance volontaire, tout à fait raisonnable, tout à fait en accord avec les désirs, la personnalité et la situation présente du malade. Je ne parle pas, bien entendu, de la question thérapeutique; de bons conseils et des consolations sont toujours des choses excellentes même pour la santé des malades, mais, je dis qu'au point de vue psychologique, ce n'est pas le même phénomène que ce que je viens de vous montrer chez ces jeunes filles.

Chez elles, en effet, ces idées, dont je vous ai parlé, ces attaques, ces rêves, ces mouvements sont involontaires et en complet désaccord avec la personnalité de la malade et les circonstances extérieures. Prenons un exemple et choisissons pour l'étude le cas le plus complet. J'affirme à Berthe qu'elle a sur ses genoux son petit chien Finaud. Vous voyez, comme précédemment, le développement automatique de l'idée, elle voit son chien, le caresse, sent ses poils, lui parle, etc. Mais remarquez donc que cette jeune fille est maintenant dans un état tout à fait anormal. D'abord, elle n'a plus aucune sensibilité tactile, elle ne s'aperçoit pas que je la pince du côté droit, qui d'ordinaire est sensible ; si vous essayez de lui parler vous verrez qu'elle ne vous entend pas et ne vous voit pas. J'arrive un peu, moi-même, à attirer son attention sur moi et

à obtenir quelques réponses, car je fais pour ainsi dire partie de son rêve. D'après ses réponses, vous voyez qu'elle ne sait plus rien, ne se souvient plus du lieu où elle est, de sa vie passée, du chagrin qu'elle a eu à la mort de Finaud, de sa situation actuelle. Il semble qu'il n'y ait plus de personnalité, dans son esprit il n'y a qu'une idée envahissante, celle de son petit chien. Et quand elle sort de cette espèce de délire, vous remarquez qu'elle n'en a aucun souvenir. Tout ce développement automatique s'est fait totalement en dehors de la personnalité actuelle. Sans doute, c'est un cas énorme de suggestibilité que je vous montre, c'est une jeune fille qui, spontanément, se fixe de cette manière pendant vingt-quatre heures sur une même idée et qui, pendant ce temps, perd toute conscience et du monde extérieur et de sa propre personnalité. Mais les cas les plus nets sont les plus instructifs, et nous voyons chez elle les caractères fondamentaux de la suggestion qui subsistent plus ou moins altérés dans les autres cas.

Je vous disais, en commençant, que les suggestions sont chez nos malades des idées d'une importance exagérée. Nous avons analysé cette définition vague et nous pouvons la préciser maintenant. Le phénomène de la suggestion est, pour moi, le développement automatique de tous les éléments contenus dans une idée, développement qui se produit sans participation de la volonté ni de la personnalité, sans rapport avec les circonstances présentes.

II. — Un phénomène de ce genre existe-t-il chez tous les hommes d'une manière constante ou bien demande-t-il pour se produire certaines dispositions mentales toutes particulières. Je n'hésite pas à dire qu'il faut pour la suggestion ainsi entendue un état d'esprit tout particulier soit momentané et accidentel, soit permanent. C'est à votre bon sens que je fais appel. Est-ce que nous subissons tous la suggestion comme ces jeunes filles que vous venez de voir. Est-ce qu'il suffit de vous dire, sans modification préalable, que vous avez dix ans pour vous ramener à l'enfance. Voyons, messieurs, faisons l'expérience ; je vous affirme qu'il y a un petit chien sur cette table, est-ce que vous le voyez, est-ce que vous jouez avec lui, est-ce que vous le prenez? Non, eh bien, alors, il y a donc chez Berthe quelque chose de spécial qui doit expliquer la suggestion. Je répète cela, car c'est capital, nous avons tous

des habitudes, des souvenirs, des associations d'idées, mais si je vous parle d'un bouquet, vous ne le voyez pas, vous ne le sentez pas, donc j'ai raison de dire que les habitudes, les souvenirs, les associations d'idées normales ne suffisent pas à nous faire voir un bouquet dès qu'on nous en parle. Puisque Berthe le voit, dès que je le lui dis, c'est qu'il y a en elle quelque chose de plus, et c'est ce fait nouveau qui lui est spécial et que nous devons chercher en elle.

C'est dans l'état de leur volonté que nous devons chercher ce phénomène maladif. Les hystériques se présentent, au premier abord, sous deux aspects différents, les unes sont remuantes, agitées, gaies, comme Marguerite, les autres sont calmes, rêveuses, mélancoliques, comme Berthe. Celle-ci se rapproche, en effet, du type qui a été appelé l'hystérie masculine, mais qui existe aussi chez la femme. Au fond, ces deux types reviennent à peu près au même. Elles ne sont plus bonnes à rien, ni l'une ni l'autre, elles ont perdu toute activité sérieuse et utile. Si vous interrogez les parents sur le début de l'hystérie, le récit est toujours le même : on a commencé à s'apercevoir qu'elles ne pouvait plus faire leur ouvrage, qu'elles ne travaillaient plus, qu'elles n'avaient plus de courage, plus de résolution, plus de volonté. Un médecin anglais, William Page, a exprimé ce caractère d'une manière saisissante : « L'état hystérique, dit-il, est constitué essentiellement par la perte du contrôle et l'affaiblissement du pouvoir de la volonté... le défaut se trouve plutôt dans une faiblesse de la volonté que dans une obstination de ne pas vouloir. Le malade dit souvent : « Je ne peux pas, » c'est comme s'il disait : « Je ne veux pas », mais cela signifie : « Je ne peux pas vouloir [1]. » Ce que le médecin anglais exprime ainsi, les malades le disent à chaque instant à leur manière. « Je vais, je viens, je crie, me dit Marguerite, mais sans rien faire, sans arriver à rien, sans rien vouloir, je suis comme une machine qui n'a plus de ressort. » « Il me semble que je marche, que je parle, disait Berthe, mais je ne sais pas ce qui marche, ce qui parle en moi, car moi, je ne fais plus rien, je ne suis là que pour représenter... je laisse perdre ma robe sans avoir le

[1] The patient says, as all such patients do : « I can not, » it looks like : « I will not, » but it is : « I can not will. » W. Page. Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock in their surgical and medico-legal aspects. 1883.

courage de faire un mouvement pour la soigner, je ne m'occupe plus de rien, tout m'est égal... je suis comme un polichinelle dont vous tenez la ficelle ».

Ce caractère se retrouve dans toutes les opérations de leur esprit, elles ont également perdu toute décision, toute certitude dans leurs croyances et leurs perceptions, comme toute résolution dans leurs actes. « Est-ce que c'est vraiment demain la Mi-Carême? Est-ce que je vais à ce bal? J'y vais sans en être sûre. Tout cela est comme un rêve. » Berthe rencontre son frère qui vient la voir et le regarde avec étonnement : Est-ce que c'est vraiment toi, lui dit-elle, je ne suis pas sûre de te reconnaitre. » J'ai toujours, me disait-elle, comme un brouillard devant les yeux, je ne reconnais pas bien les choses... Je ne comprends pas bien ce qu'on me dit, ma tête est devenue trop dure et les paroles ne peuvent pas pénétrer... je me perds dans mes idées comme dans un filet, comme dans une toile d'araignée une pauvre mouche. » Cette faiblesse se manifeste encore mieux si on examine ce qu'est devenue chez ces malades la principale manifestation intellectuelle de la volonté, la faculté d'attention. L'attention est très profondément modifiée chez toutes les hystériques et d'une manière si curieuse que nous ne pouvons en faire maintenant l'étude détaillée. Je vous rappellerai seulement que l'effort d'attention devient chez elles pénible, rare, de courte durée et qu'il s'accompagne de toutes sortes de symptômes, de fatigue psychique, augmentation des anesthésies, rétrécissement plus grand du champ visuel, etc. [1]. Quelquefois l'attention est absolument perdue et les malades sont incapables de fixer leur esprit sur aucune idée nouvelle. Par exemple, comme je l'ai montré souvent, elles ne peuvent pas comprendre ce qu'elles

[1] J'ai déjà signalé autrefois, au Congrès de psychologie de 1889, ce phénomène intéressant du rétrécissement du champ visuel provoqué par l'attention. Dans le compte rendu du Congrès (1890, p. 55) le résumé très incomplet de cette petite observation a été publié sous le nom de M. Ballet. M. Ballet sera sans doute heureux que je le décharge de la responsabilité de cette observation qui pèse indûment sur lui. Sans étudier ici ce phénomène, je me contente de rappeler que je l'ai encore constaté chez deux malades du service de M. Charcot. Je crois savoir que M. Séglas l'a constaté aussi de son côté, spontanément sans connaître ma première communication, chez une malade du service de M. Falret. C'est un signe de plus de la faiblesse de l'attention chez les hystériques.

lisent, elles n'ont jamais l'esprit à ce qu'elles font, comme si toute attention volontaire était impossible.

Cette faiblesse de la volonté et de l'attention, qui est tout à fait extraordinaire se manifeste par un second caractère en apparence inverse du précédent et cependant très logique. De même qu'elles sont incapables de commencer une action, une croyance ou une perception, de même elles sont incapables de les arrêter quand elles ont commencé. Je vous surprendrai peut-être en vous disant une chose qui est cependant juste ; la plupart des accidents hystériques sont, au début, presque volontaires. On commence à rêver, c'est qu'on le veut bien, on pourrait s'arrêter, mais c'est si agréable. On commence à manger peu, c'est pour maigrir, pour avoir la taille fine. On commence une petite colère, une émotion est bien permise. Tout cela, et les malades vous l'avouent, on aurait pu le faire cesser au début. Mais l'action continue et la malade ne peut plus s'arrêter. C'est un délire, c'est une anorexie, c'est une attaque. « Quand j'ai commencé quelque chose, disait une malade, il faut que je continue malgré tout, je casserai les carreaux pour sortir, me tuerai plutôt que de m'arrêter. » « Je tombe dans une idée comme dans un précipice, me disait Berthe, et la pente est bien dure pour remonter. » « Mon idée me pousse et me chasse sans que je puisse résister, me dit une autre. »

Cette impuissance à s'arrêter, vous la constatez tous les jours. Vous connaissez ces malades qui viennent tous les matins, quand vous entrez dans la salle, vous montrer un bras ou une jambe contracturés et vous dire : « Défaites-moi cela. » Il n'y a presque rien à faire, mais ce rien elles ne sauront jamais le faire toutes seules. Elles viennent souvent, quand elles ont confiance en vous, demander un secours moral du même genre. Marguerite vient un matin me trouver et me dit : « Oh! je suis en colère depuis ce matin, je voudrais battre et casser, je voudrais bien m'arrêter, mais je ne peux pas. Défaites-moi cela. » Une autre petite me dit : « Je me suis fâchée contre mon amie, je boude depuis hier, c'est bien ennuyeux de bouder; je voudrais bien cesser, mais je ne peux pas; défaites-moi cela. » Alors il faut défaire la colère de l'une, la bouderie de l'autre et le rêve de la troisième. C'est-à-dire qu'il faut aider leur volonté absolument défaillante pour s'arrêter comme pour commencer.

Tous les caractères précédents ont été souvent constatés,

mais on les rattache d'ordinaire à une autre maladie mentale. Beaucoup d'entre vous voudraient me dire : « Vous décrivez là les symptômes de l'aboulie, une des formes de la folie du doute, et les sujets dont vous rapportez les paroles sont des malades complexes chez qui se sont développées simultanément et indépendamment l'une de l'autre deux maladies; d'un côté l'hystérie avec ses anesthésies, ses amnésies, ses attaques et sa suggestibilité; de l'autre le délire des dégénérés avec sa distraction, ses doutes, ses idées fixes et son aboulie. » Messieurs, je n'ai pas l'intention d'entreprendre ici incidemment la discussion de cette grosse question, en général si mal comprise, celle des rapports entre l'hystérie et la folie du doute. Je me contente de vous livrer mon opinion, afin de pouvoir continuer notre étude sur la suggestibilité des hystériques. Je n'admets pas qu'un sujet comme Berthe, qui présente de la distraction et de l'anesthésie, du doute et de l'amnésie, des attaques, des idées fixes et de l'aboulie soit en proie à deux maladies mentales différentes. Il n'y a là qu'une seule et même maladie mentale dont les manifestations diffèrent légèrement suivant les circonstances. D'abord, tous ces symptômes s'accompagnent beaucoup plus souvent qu'on ne le croit. La plupart des hystériques qui sont ici, présentent de l'aboulie et du doute; en outre, nous avons compris par nos études précédentes que ces divers symptômes dépendent l'un de l'autre, que la distraction est la raison d'être de l'anesthésie, comme l'aboulie est la raison d'être de la suggestibilité. La seule chose importante à reconnaître, c'est que les symptômes prédominants ne sont pas les mêmes chez tous les malades. Quoiqu'il y ait partout une certaine faiblesse dans la volonté, dans la perception des sensations et des souvenirs, il y en a chez qui l'amnésie prédomine, d'autres chez lesquelles l'aboulie est capitale. Et il est important de constater que c'est chez les abouliques que la suggestion prend son plus grand développement.

J'ai étudié, il y a quelques années, chez mon éminent maître, M. J. Falret, une malade de cette dernière catégorie qui était presque exclusivement une aboulique[1], de même que la malade précédemment étudiée, Mme D..., est presque exclusivement une amnésique. Je suis resté fort embarrassé, non sur l'inter-

[1] Pierre Janet. — *Etude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes.* (*Revue philosophique*, 1891, t. I, p. 258 et 384.)

prétation des symptômes, mais sur le diagnostic médical de cette malade. Mais aujourd'hui, après avoir étudié les nombreuses formes d'hystérie qui se rencontrent dans ce service, après avoir suivi les leçons de M. Charcot, je n'hésite plus. Marcelle était une hystérique, comme Mme D... en est une. Il faut admettre qu'il y a des hystéries monosymptomatiques au moral comme au physique, et qu'une certaine forme d'aboulie ou d'amnésie est caractéristique de cette maladie mentale aussi bien que l'anesthésie ou l'attaque. Retenons donc cette notion importante : le symptôme de la suggestibilité ne se présente pas seul, il s'accompagne d'une altération considérable de l'attention et de la volonté, d'une *aboulie* en un mot. Il nous reste à étudier cette aboulie dont nous avons constaté l'existence, à montrer qu'elle présente les mêmes caractères déjà étudiés dans l'anesthésie et l'amnésie et qu'elle peut expliquer la suggestibilité.

III. — Quand vous étudierez un cas d'aboulie, vous serez, je crois, frappé comme moi d'une contradiction entre les paroles et les actes de la malade. Elle déclare qu'elle est incapable de bouger, de faire aucun mouvement, de se lever de sa chaise, de prendre un objet, et elle fait devant vous les efforts les plus infructueux pour lever un doigt. Cependant, si vous faites mine de quitter la malade, si vous la regardez à son insu et surtout sans qu'elle puisse penser qu'on l'observe, vous constaterez qu'elle remue en réalité beaucoup et qu'elle accomplit la plupart des mouvements qu'elle se déclarait incapable de faire. Ici encore, un peu d'attention; ne concluez pas trop vite que la malade vous a trompés et qu'elle vient pour son plaisir se faire enfermer dans une salle de folles. Songez que les mêmes mouvements peuvent être accomplis de bien des manières, et qu'une de ces façons de se mouvoir peut être perdue, tandis que les autres sont conservées.

J'ai pu, dans l'étude du cas typique dont je vous parlais, établir une distinction entre les mouvements qui étaient conservés et les mouvements qui étaient perdus, et nous retrouverons cette distinction chez les malades que je puis vous montrer. Les mouvements physiologiques : respiration, digestion, n'ont jamais été changés. Les réflexes restent tout à fait normaux aux genoux, aux yeux, à la bouche; elle tousse, cligne des yeux, etc. Les mouvements qui, par l'exercice, sont devenus

instinctifs, sont également intacts; elle remue sur sa chaise, change de position, chasse une mouche du visage, se gratte, se mouche sans l'ombre d'une hésitation. Les mouvements habituels se font de même; elle fait quelques travaux à l'aiguille et exécute au crochet d'interminables bandes d'une dentelle qui est, il est bon de le remarquer, toujours la même. A ces diverses catégories de mouvements conservés, il faut en ajouter d'autres plus étranges. De temps en temps, elle déchire des objets, elle griffonne indéfiniment sur un papier, elle se ronge les ongles ou bien elle se précipite pour exécuter certains actes déraisonnables. Mais alors elle n'hésite plus : elle qui s'arrête devant une porte pendant une demi-heure sans pouvoir l'ouvrir, l'ouvre rapidement, comme avec fureur, quand il s'agit d'un de ces actes impulsifs.

Voilà beaucoup d'actes conservés ; quel est leur caractère commun? Ce sont tous des actes automatiques, et les actes qui sont perdus sont, comme il est facile de le comprendre maintenant, tous des actes volontaires. Mais en quoi consiste cette différence des actes automatiques et des actes volontaires? Un premier caractère s'offre d'abord à notre analyse; les actes automatiques sont des actes anciens, exécutés déjà autrefois, organisés dans le passé, mais qui ne sont pas créés, combinés pour des besoins présents. Les actes volontaires sont des actes présents, combinés aujourd'hui même en vue des circonstances actuelles. Un second caractère vient s'ajouter à celui-ci et le compléter : les actes automatiques et anciens sont impersonnels, ils ne se rattachent pas à la personne présente. Nous ne disons pas à leur propos : « je, moi, M. un tel, je fais le mouvement de marcher, de manger, d'écrire, ils ne provoquent que des phénomènes de conscience isolés, et ne rentrent pas dans cette perception d'ensemble qu'on appelle une personnalité présente ».

Ces différences en amènent beaucoup d'autres avec elles : les actes automatiques sont faciles, rapides, incohérents, car ils ne sont pas en accord les uns avec les autres; ils sont absurdes, car ils ne sont pas en rapport avec la situation nouvelle du personnage, avec les circonstances nouvelles; les actes volontaires sont plus lents, plus difficiles, cohérents entre eux, puisqu'ils font partie d'un système clos, raisonnables, puisqu'ils dépendent de la personnalité entière telle que les circonstances dernières l'ont faite. Ces deux catégories d'actes

existent toujours en nous, et notre santé morale dépend de leur équilibre; quand la puissance volontaire diminue, l'automatisme l'emporte, le passé écrase le présent. L'homme très âgé, le vieillard, n'est plus capable de s'adapter aux situations et aux choses nouvelles, il ne peut plus que répéter ses idées anciennes, sans rapport avec des temps nouveaux. Tant qu'un homme, quel que soit son âge, est capable d'inventer, de comprendre, de combiner les idées anciennes avec des idées nouvelles, il n'a pas l'esprit d'un vieillard.

Eh bien! nos abouliques ont sur ce point comme sur beaucoup d'autres, l'esprit d'un vieillard. Elles ne sont plus capables de se développer; tout semble fini pour elles dès le début de leur maladie, elles n'apprennent plus rien, ne comprennent plus rien de nouveau. Elles ne s'adaptent plus aux circonstances nouvelles, ou plutôt, puisque la plupart ne sont pas absolument inertes, elles ne comprennent, et ne font rentrer dans leur personnalité que très peu de choses à la fois. Il en est de leurs actes comme de leurs sensations et de leurs souvenirs. Ainsi que nous l'avons vu, elles ne sentent que peu de choses à la fois et sont énormément distraites pour la plupart des impressions périphériques, de même elles ne peuvent faire avec volonté que très peu de choses, des actes très simples avec peu de combinaisons de mouvements et d'images. Une petite hystérique, au bal de la Salpêtrière, me disait : « Je ne puis pas voir les costumes, je n'en ai pas encore vu un seul. — Eh! pourquoi donc? — Parce qu'on me fait danser; dès que je veux regarder, je cesse de danser et dès que je veux danser, je ne peux plus regarder. Quand je veux danser, je ne vois plus rien du tout, je n'ai plus qu'une seule idée en tête, danser. » D'ailleurs j'avais déjà vu chez elle le même caractère, j'ai été obligé de lui interdire de causer en déjeunant, parce qu'elle ne pouvait plus manger. Quand elle veut manger, il faut qu'elle ne pense absolument qu'à cela et à rien d'autre. Sa puissance pour les actes présents, volontaires et personnels est extrêmement réduite; chez une aboulique complète comme était Marcelle, cette même puissance était absolument supprimée.

Quelquefois, de semblables personnes arrivent cependant à effectuer des actes assez nouveaux et assez difficiles, mais elles les font alors d'une manière toute particulière. Elles ne réfléchissent pas, elles ne cherchent pas à se rendre compte de ce qu'elles font; au contraire elles agissent d'une façon incons-

ciente. « Vous voulez que je pense à ce que je fais, disait Berthe, mais c'est impossible. Je n'y comprends rien, je le veux pendant un instant, puis mon idée est partie; si je cherche ce que je voulais, je n'arrive à rien. Non, il faut que je laisse mes mains et mes jambes marcher toutes seules; quand je marche, je suis comme un ballon qui rebondit tout seul, ce n'est pas moi qui marche... Quand je veux chanter moi-même c'est impossible; d'autres fois j'écoute ma bouche qui chante très bien cette chanson... Quand je veux écrire, je ne trouve rien du tout à dire, il faut que je laisse ma main faire ce qu'elle veut et alors elle écrit quatre pages. » Ce qu'il y a de plus curieux, c'est qu'elle fait ainsi de fort jolies choses; qu'elle fasse un costume ou qu'elle écrive une lettre, elle déploie un réel talent, mais tout cela est effectué dans un état bizarre. Elle se fixe sur son travail, n'est plus en relation avec le monde extérieur, n'a plus de notion de sa personnalité, ne possède en un mot dans l'esprit que les images essentiellement nécessaires à son travail et ne garde aucun souvenir quand elle a fini.

N'insistons pas sur ce travail curieux de Berthe qui provoquerait bien des réflexions. Contentons-nous de constater que nous retrouvons chez les abouliques trois lois psychologiques que nous avons déjà constatées à propos des anesthésies et des amnésies hystériques. 1° Le sujet a perdu le pouvoir d'exécuter consciemment les actes nouveaux, de même que les amnésiques ont perdu le pouvoir d'évoquer consciemment le souvenir des événements récents. 2° Le malade a conservé le pouvoir d'exécuter consciemment les actes anciens déjà organisés, l'amnésique aussi avait conservé le souvenir conscient des faits anciens. 3° Le sujet a conservé le pouvoir d'exécuter tous les actes, même nouveaux, inconsciemment, sans les rattacher à sa personnalité. Mme D..., de même, avait conservé inconsciemment tous les souvenirs. Vous voyez bien, d'après ces trois lois, que ce nouveau symptôme est identique aux précédents, qu'il est bien de nature hystérique. Car il dépend lui aussi du rétrécissement du champ de la conscience, de la faiblesse de la perception personnelle.

Je crois que nous pouvons maintenant comprendre facilement le pouvoir énorme que la suggestion exerce sur de pareils esprits. Nous constaterons d'abord qu'une aboulique, incapable de rien faire volontairement remue, très bien et fait tous les actes facilement à la suite d'une suggestion. Une expérience

curieuse, faite autrefois sur la malade de M. Falret, peut servir à mettre ce point en lumière. Je lui avais suggéré qu'à un signal donné, un coup sur la table, elle prendrait mon chapeau et le mettrait sur une patère. Cette suggestion faite, et en apparence oubliée, je lui demandai poliment : « Mademoiselle, vous devriez bien enlever ce chapeau qui me gêne pour écrire et le mettre sur une patère. — Je ne demande pas mieux, dit-elle. » Et la voici qui essaye de se lever, se secoue, étend les bras, a des mouvements incoordonnés, s'arrête, recommence. Je l'ai laissée travailler ainsi vingt minutes sans qu'elle ait pu accomplir cet acte si simple. Puis j'ai frappé un coup sur la table : aussitôt, elle se lève brusquement, prend le chapeau, l'accroche et revient s'asseoir. L'acte avait été fait par suggestion en un instant, il n'avait pu être fait par volonté en vingt minutes.

Comment s'expliquer cette différence? C'est que les deux actes, malgré l'apparence, ne sont pas les mêmes. L'acte volontaire de prendre mon chapeau demande, dans l'esprit de la malade, la notion de sa personnalité : Il faut savoir que c'est elle, à tel âge, dans telle situation qui fait l'action, qu'elle la fait en face de moi, par politesse, pour me rendre service, etc..., toutes synthèses compliquées qu'elle est incapable de faire. Au contraire, l'acte exécuté par suggestion est simple, il est accompli sans notion de sa personnalité (quand elle a fini et que je la remercie, elle dit d'un air boudeur : « Ce n'est pas moi, » sans notion de but, sans intelligence de la situation. C'est un acte abstrait en quelque sorte et surtout impersonnel. Tous les actes suggérés sont de ce genre, ce sont des actions anciennes habituelles qui sont répétées sans rapport avec la situation présente, sans notion de personnalité.

Non seulement l'action suggérée est simple et facile pour un aboulique, mais elle est chez lui irrésistible. En effet, sa personnalité présente se réduit au minimum, sa volonté affaiblie n'est pas capable de résister au développement automatique des anciennes perceptions. Au moindre choc, à la suite de l'émotion légère produite par le ton de ma voix, la perception personnelle d'aujourd'hui s'anéantit, leur personnalité fragile disparaît et l'acte automatique trouve le champ libre et se développe suivant les lois précédemment indiquées. Regardez en effet comment s'exécute une suggestion : quand vous affirmez à une de ces malades une idée bizarre, en contra-

diction avec la réalité, elle reste surprise, elle semble recevoir un choc et pendant quelque temps, elle résiste, c'est-à-dire que pendant quelque temps, elle conserve dans sa conscience la notion de sa personnalité, la connaissance des objets extérieurs réels, et ces idées justes s'opposent à la pensée contradictoire que notre parole éveille dans l'esprit. Ensuite, comme le disait Marguerite quand je l'interrogeais sur ses impressions, leur attention se fatigue extrêmement vite et elles ne peuvent conserver tant de choses à la fois dans l'esprit. « Que mon attention se détourne un moment, une seconde, et je suis perdue, je ne sais plus rien, je suis absorbée dans ce que vous me dites. » Traduisons ce langage, et disons : sa conscience trop étroite ne renferme plus les souvenirs et les sensations antagonistes, elle oublie qu'elle est à l'hôpital, qu'elle a vingt-trois ans, etc., et tous les éléments contenus dans l'idée suggérée se développent en liberté [1].

Les mêmes conceptions relatives à la suggestibilité peuvent se vérifier d'une manière en quelque sorte inverse. Au lieu d'étudier ce qui se passe, et les altérations de la pensée qui existent au moment où les suggestions réussissent, examinons les modifications qui surviennent quand une malade cesse d'être suggestible. Je sais bien que certains auteurs prétendent que tous les hommes sans exception sont perpétuellement suggestibles et n'admettent pas que l'on puisse étudier l'absence de suggestibilité. Pour moi, je n'ai pas une influence aussi formidable, et j'ai cru remarquer que les hystériques elles-mêmes n'étaient pas toujours suggestibles. Je vous communique avec naïveté le résultat de mes observations.

Souvent, je le sais bien, elles ne sont pas suggestibles parce qu'elles ont une autre idée en tête; rien n'est difficile comme de suggestionner une personne qui a déjà reçu une suggestion ou qui a une idée fixe. Mais je ne parle pas de cela. Certaines hystériques que personne n'a touchées, qui n'ont certainement pas d'idées fixes, deviennent peu à peu de moins en moins suggestibles. A quel propos? Tout simplement quand elles guérissent. Je l'ai observé deux fois, et dans des circonstances si particulières, que je désire vous le raconter en quelques mots. Une hystérique avait des crises tous les jours, ne mangeait pas et ne dormait pas, elle était suggestible au plus

[1] Sur le rôle de l'amnésie dans la suggestion et sur le rétrécissement du champ de conscience. Voir *Automatisme psychologique*, 1889, p. 185.

haut point, Un peu grâce à moi, je le dis tout bas, elle se calme, n'a plus d'attaques, mange et dort, elle se renforcit, reprend ses souvenirs, puis sa sensibilité. Eh bien! je ne pouvais plus rien lui commander. Entendons-nous, elle m'obéissait très docilement par consentement volontaire, mais n'avait plus ce développement automatique des idées, sans conscience personnelle et sans souvenir. Tout avait disparu. Huit mois après, elle revient me trouver, se plaignant de migraines, d'insomnies, de cauchemars, elle était de nouveau distraite, anesthésique et amnésique. Il suffit d'un mot pour la suggestionner comme je voulais. Une autre hystérique à peu près complètement guérie ne pouvait plus être suggestionnée que pendant trois jours chaque mois, vous devinez lesquels, et pendant ces trois jours elle reprenait les stigmates de la désagrégation psychologique.

Mieux que cela encore. Vous avez tous remarqué que, au cours même de la maladie, sous toutes sortes d'influences, les hystériques changent beaucoup d'état psychologique. Après une crise, après un sommeil prolongé naturel ou artificiel, après une émotion quelconque, ou bien pendant certains états anormaux que l'on provoque ou qui surviennent spontanément, les malades se trouvent momentanément transformées. Le voile épais qui les empêchait de comprendre les choses se déchire, elles ont des instants clairs comme me disait autrefois Marcelle. Eh bien! pendant ces instants clairs, vous remarquerez deux choses simultanées : 1° la suggestibilité a diminué considérablement ou même a disparu, plus d'actes automatiques et impersonnels, plus d'hallucinations en contradiction avec les sensations réelles [1]; 2° en même temps, vous voyez que l'anesthésie a disparu, que le sujet n'est plus ni distrait, ni amnésique, ni aboulique [2].

Vous vous souvenez du somnambulisme complet que je vous ai fait constaté dernièrement chez Wiltm. Vous savez que l'on peut la maintenir pendant quelque temps dans un état qui, pour elle, est extraordinaire et dans lequel elle ne conserve aucun des stigmates hystériques qui la caractérisent pendant la veille. Eh bien! cet état présente un caractère de plus auquel je n'ai pas pu faire allusion en parlant des amnésies.

[1] M. Pitres a remarqué aussi que tous les sujets ne sont pas également suggestibles dans les différents sommeils hypnotiques. (*Leçons sur l'hystérie*, 1891, II, 166.)

[2] Voir une observation complète de ce phénomène. *Aut. psych.*, 178.

Cette personne si suggestible pendant toute sa vie, si malléable, reprend toute sa liberté, elle cède quand on lui commande quelque chose, mais par cette complaisance dont j'ai déjà parlé, elle ne présente plus le phénomène de la suggestion proprement dite.

Les faits précédents me semblent constituer un véritable « experimentum crucis » comme le demandait Bacon, et nous montrer la relation étroite qui unit la suggestion aux tares hystériques. Ce développement automatique des éléments renfermés dans une idée ancienne ne peut se produire sans volonté personnelle et sans rapport avec les perceptions présentes, qu'au moment seulement où la volonté personnelle et la perception des choses présentes est extrêmement diminuée.

Messieurs, vous savez qu'il est impossible de faire ici, en une séance, une étude complète de la suggestion; j'ai été obligé de laisser bien des points de côté. Les formes variées que la suggestion peut prendre, ses effets singuliers, les limites de son pouvoir, ses dangers, ses conséquences en pathologie mentale, toutes ces questions et bien d'autres sont forcément omises. Je n'ai voulu étudier devant vous qu'un seul point précis, celui qui intéresse des médecins. J'ai tenu à séparer le phénomène de la suggestion proprement dite de certains faits de la psychologie normale plus ou moins analogues; j'ai étudié la suggestion pathologique, la suggestion qui est un symptôme d'une maladie mentale. J'ai essayé de remonter aux causes plus profondes de ce symptôme et je vous ai montré qu'il dépendait, non pas seulement des lois générales de l'association des idées telles qu'elles s'appliquent chez tous les hommes, mais d'un trouble particulier de la volonté. Ce trouble, cette aboulie existe dans plusieurs maladies mentales, et en particulier dans l'hystérie dont il forme un symptôme essentiel. Cette aboulie n'est pas la disparition de tous les actes en eux-mêmes, elle est de la même nature que l'anesthésie et l'amnésie hystériques que nous connaissons déjà. En considérant la suggestion de cette manière, en évitant de la confondre avec toutes sortes d'autres faits, en l'analysant comme un symptôme clinique, nous croyons être fidèle à la méthode qui a fait la gloire de l'école de la Salpêtrière. Si la psychologie doit pénétrer dans la médecine, ce n'est pas pour y apporter la confusion. M. Charcot nous a appris à étudier

l'hystérie en savant, il a toujours voulu mettre de l'ordre dans ce chaos, choisir des types, établir des classes, soumettre à des lois des faits considérés comme protéiformes. En un mot, il a soutenu toute sa vie qu'il y a un déterminisme rigoureux, même dans l'hystérie. Si on considère aujourd'hui ces malades à un point de vue un peu différent, si on examine leurs caractères psychologiques, il faut cependant le faire avec la même méthode. Il ne suffit pas de prendre au hasard une notion psychologique pour expliquer tout, il faut analyser, classer et chercher le déterminisme des phénomènes. Notre leçon eut été plus facile et plus claire, si nous avions dit que la suggestion est tout et qu'elle explique tout; il nous a semblé plus vrai de dire que la suggestion est un fait pathologique qui ne s'explique pas lui-même et qui suppose bien des conditions antérieures[1].

RECUEIL DE FAITS

SYNDROME HYSTÉRIQUE SIMULATEUR DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES,

par le Dr A. Cochez,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-adjoint de l'hôpital de Mustapha.

Bien que les observations d'hystérie simulant la sclérose en plaques ne soient pas rares, (Charcot, Rendu, Souques, Michel et Tiercelin, Cantacuzène... etc.,) le cas que nous avons pu suivre nous a paru intéressant à plus d'un point de vue et digne d'être rapporté en détail.

Trois attaques d'apoplexie hystérique chez un homme de quarante-quatre ans; mutisme, amaurose, hémiplégie, tremblement intentionnel (observation recueillie dans le service de M. le professeur Gros,

[1] Les autres études qui complètent ces premières conférences seront publiés dans un ouvrage qui paraîtra prochainement dans la collection Charcot-Debove, l'état mental des hystériques.

d'Alger). G... (John), quarante-quatre ans, jockey, né à l'île Maurice, en Algérie depuis cinq mois.

Entré à l'hôpital de Mustapha, salle Trousseau, n° 18, le 7 mars 1892.

Antécédents héréditaires. — Grand-père et père morts tous deux d'apoplexie. Grand'mère maternelle morte à soixante-dix-neuf ans d'une attaque de paralysie; mère morte à soixante-six ans de la même maladie. Cette dernière était sujette aux névralgies, « vive comme la poudre », se mettait facilement en colère. Un grand oncle maternel vit encore, mais il est paralysé. Un frère, mort de la pierre, était très nerveux et « très rageur ». Une sœur bien portante mais très nerveuse.

Antécédents personnels. — John a toujours été très vigoureux e ne se rappelle aucune maladie. C'est un jockey très connu et très apprécié, car il a gagné plusieurs grands prix. Il a mené une vie assez aventureuse, a voyagé un peu partout. Il connaît toutes les capitales de l'Europe, a parcouru les Amériques et séjourné à Madras, Bombay, Calcutta, Chandernagor, etc. Il a été au Mexique, en Australie, mais c'est en France, en Anglcterre et en Russie qu'il a fait ses plus longs séjours.

Il a été au service de Napoléon III, du roi Alphonse XII d'Espagne, de la princesse Amélie, de la baronne de Rothschild comme piqueur ou courrier. *A quitté la plupart de ces emplois à la suite de discussions à cause de son caractère emporté.* Est devenu alors entraîneur public à Lisbonne, ce qui lui a fait manger son petit pécule qu'il avait amassé. De retour en France, il monte à forfait tous les chevaux que les propriétaires lui confient.

C'est un homme fort intelligent, à l'esprit vif et délié. Il avoue son faible pour les boissons alcooliques en affirmant d'ailleurs que les libations sont nécessaires au jockey « pour lui donner du cœur ». Il supporte fort bien l'alcool et s'enivre rarement; pourtant, il absorbe chaque jour quatre ou cinq verres de cognac le matin (verres d'une contenance de soixante grammes environ !), rarement de l'absinthe, une bouteille de vin à chaque repas, et quinze à vingt bocks dans l'intervalle ! Il a toujours fait un usage immodéré des femmes et attribue même à des excès génésiques la maladie qui l'amène à l'hôpital. Pas de syphilis.

L'accident actuel est le troisième du même genre.

La première attaque a eu lieu à Mustapha le 2 février 1890. Jusque-là, notre jockey n'avait éprouvé aucun malaise pendant ses courses ni dans leur intervalle. Pas de maux de tête, pas de vertiges, jamais d'attaque de nerfs. A cette date, comme il entraînait un cheval sur le champ de courses de Mustapha, il se trouva tout à coup en face de zouaves qui manœuvraient. Pour éviter un accident, John veut arrêter son cheval qui se dérobe : la tête du cava-

lier est projetée contre un arbre. Chute de cheval et perte de connaissance. On transporte le jockey à l'hôpital de Mustapha dans un service de chirurgie. Le malade revient à lui au bout de trois jours; il n'a pas de paralysie, mais il éprouve de violentes douleurs dans la région occipitale, et présente un tremblement généralisé, surtout accusé dans la marche qui est impossible sans bâton.

A partir de cette époque, vertiges fréquents caractérisés par des bourdonnements d'oreilles, des battements dans la tête et dans les tempes. Ces vertiges se produisent surtout à l'occasion du roulement des voitures. John ne peut s'engager seul sur la rue, car il irait se jeter sous les pieds des chevaux. Les nuits sont devenues mauvaises, insomnies, rêves fantastiques, tels que chutes de chevaux, graves accidents..., etc. Troubles gastriques, constipation, douleur de ventre, douleur à la nuque et dans les reins. Il séjourne environ deux mois à l'hôpital et se trouvant très amélioré, il fait les courses de Marseille et de Lyon. Tout se passe bien, mais les vertiges apparaissent fréquemment.

Deuxième attaque. — Le 11 mai, à Tonnerre, occupé à entraîner un cheval, il est pris subitement et sans raison d'un vertige. Chute de cheval; perte de connaissance. On le transporte à l'hôpital de Tonnerre où *il aurait présenté du délire des persécutions pendant quarante jours.* Il s'est fait, en tombant, une plaie au niveau du sourcil gauche, plaie dont on voit encore la cicatrice. Il sort de l'hôpital en octobre avec une paralysie du côté gauche (la langue n'aurait pas été prise?).

Il se rend en Angleterre pour se faire soigner et entre à l'hôpital Saint-Georges de Londres. Là on le traite par l'électricité et on a même recours à l'hypnotisme. L'amélioration est rapide, si bien que le malade ne tarde pas à revenir à Paris. Mais on a su qu'il avait été paralysé et l'on hésite à lui confier des chevaux; d'ailleurs, John étant resté faible du bras gauche ne peut courir les steeple-chase. Il se décide donc à prendre un engagement pour les courses d'Algérie qui sont des courses plates et de petit parcours.

Troisième attaque. — Il arrive à Blidah pour faires les courses de Pâques, et c'est là que dans un café, à la suite de libations, il tombe subitement sans connaissance. Un médecin, appelé en toute hâte, pratique la saignée. Quelques jours plus tard, le malade est dirigé sur l'hôpital de Mustapha, où il entre le 7 mars 1892.

Etat à son entrée à l'hôpital. — John est absolument muet. Il lui est complètement impossible, malgré ses efforts visibles et le mouvement de ses lèvres, de prononcer une parole, pas même d'émettre un son (aphasie motrice et aphonie). A peine peut il produire un bruit très faible lorsqu'il tente de siffler. Il peut pourtant mouvoir la langue et les lèvres. L'intelligence est intacte, elle est même restée très vive, car le malade saisit très rapidement le sens des paroles (pas de surdité verbale) et des phrases écrites (pas de cécité ver-

bale) et répond d'abondance par écrit à toutes les questions qu'on lui pose (pas d'agraphie). Il abuse même de l'écriture et crayonne sans cesse phrases sur phrases à propos de la question la plus simple. Il écrit assez couramment, mais tremble légèrement. Cependant, par intervalles, il semble que la mémoire fasse défaut pendant quelques instants; John se frappe alors le front d'un air désappointé comme pour rassembler ses idées, puis il reprend le crayon et se remet à écrire avec une nouvelle ardeur.

Hémiplégie gauche. — Les deux membres de ce côté, incapables d'exécuter le moindre mouvement, sont complètement flasques. Le bras gauche présente un centimètre de tour en moins que le droit. A l'avant-bras, différence de 1/3 de centimètre en faveur du côté droit. — Réflexes rotuliens normaux.

Troubles de la sensibilité. — Hémianesthésie gauche très accusée. portant sur les trois modes de sensibilité (tact, douleur, température). Le malade est dans l'impossibilité de reconnaître les objets qu'on place dans sa main gauche. Les pincements et les piqûres doivent être très accusés pour être perçus et encore y a-t-il retard dans la perception.

Sensibilité des fosses nasales très obtuses à gauche. Conjonctive gauche légèrement insensible par rapport à la droite. De même pour le côté gauche de la langue. Hypoacousie des deux côtés. Sens du goût très diminuée à gauche. De même pour l'odorat.

Cécité complète de l'œil gauche qui ne peut distinguer la lumière du jour des ténèbres de la nuit. Pas de nystagmus. Aucun trouble apparent des membranes de l'œil. Rétrécissement du champ visuel droit :

D. sup. = 25°	D. interne = 30°
D. inf. = 30°	D. externe = 35°

Du côté de la face, on observe, outre l'hémianesthésie gauche, une déviation de la bouche vers la gauche, une accentuation du pli naso-génien surtout dans les mouvements, des tremblements fibrillaires fréquents dont le malade a conscience et dont il se plaint. L'œil gauche est un peu moins ouvert que le droit, le sourcil gauche est un peu abaissé. La langue tirée hors de la bouche est animée de contractions fibrillaires, elle est déviée à gauche. John ressent de ce côté des contractions désagréables qui appliquent fortement les deux mâchoires l'une contre l'autre. En mangeant il se mord la joue gauche. L'orifice buccal, entr'ouvert à droite, laisse voir seulement les dents de ce côté, c'est la commissure droite qui agit presque exclusivement dans l'action de fumer, de souffler, etc. (spasme glosso-labié).

L'état général est bon; John ne se plaint plus de troubles digestifs, mais ses nuits sont mauvaises : dans son sommeil, il voit

constamment passer devant lui des chevaux de course, il rêve chutes, accidents, etc.

Les jours suivants, il arrive à prononcer quelques syllabes avec la plus grande difficulté; mais le 11 mars, il dit assez distinctement les mots « John » « France ». Peu à peu, le mutisme est remplacé par un véritable bégaiement, le malade ne pouvant prononcer que quelques mots très courts, et encore reste-t-il le plus souvent à la première syllabe qu'il répète plusieurs fois.

Le 11 avril, on a recours à l'hypnotisme. Le malade est assez facilement endormi par la fixation d'un objet brillant. On lui fait prononcer d'abord une syllabe à la fois, puis deux, puis trois sans se reprendre. On lui commande alors de ne plus bégayer à son réveil et on lui suggère de percevoir les sensations à gauche. Dès qu'il est réveillé, il prononce très distinctement : « cela va très bien ; j'ai sommeil ».

12 avril. John a été très fatigué durant toute l'après-midi d'hier. Ce matin, il parle parfaitement sans la moindre difficulté.

La sensibilité est en partie revenue dans la moitié gauche du corps. La paralysie s'est sensiblement amendée et permet quelques mouvements limités.

13 avril. Nouvelle séance d'hypnotisme. On lui suggère de voir de l'œil gauche complètement amaurotique et on tente de ramener la sensibilité et les mouvements. C'est alors qu'apparaît un nouveau symptôme, le tremblement.

Tremblement. — Dans le décubitus dorsal, aucun tremblement perceptible. Les mouvements du membre supérieur droit s'accompagnent de quelques oscillations peu marquées, mais il n'en est pas de même du membre supérieur gauche, qui, à l'occasion du moindre mouvement, est animé d'un tremblement rythmique si intense qu'il se propage aux autres membre. L'action de porter un verre plein d'eau à la bouche accroît très manifestement l'amplitude des oscillations; le malade amène la bouche au-devant du verre afin d'atteindre le but cherché. Même tremblement et même généralisation, si on prescrit au malade de lever le membre inférieur gauche au dessus du plan du lit.

Dans la position assise, il ne se produit rien, à moins que les deux genoux soient rapprochés avec effort : le tremblement reparaît alors.

John est dans l'impossibilité de sortir seul du lit et de se tenir debout sans aide. Dans la position verticale, le tremblement est extrêmement marqué et propagé du tronc à la tête qui oscille dans le sens antéro-postérieur. (Il semble y avoir quatre à cinq oscillations à la seconde.) Les secousses s'accroissent encore par la marche qui est d'ailleurs très difficile : John fortement penché en avant, avance avec peine le membre inférieur droit et embrasse la cuisse gauche de ses deux mains pour porter en avant le membre gauche qui reste inerte et balaie le sol (démarche de Todd).

L'occlusion des yeux ne paraît pas augmenter sensiblement les secousses, mais le malade perd immédiatement l'équilibre.[1]

Le lendemain, l'œil gauche a retrouvé entièrement ses fonctions, mais l'amélioration de l'anesthésie et de la paralysie est à peine marquée.

On essaie encore, mais en vain, les jours suivants d'obtenir le retour des mouvements ainsi que la disparition du tremblement par la suggestion hypnotique. *On n'obtient rien de plus que la guérison du bégaiement et de l'amaurose.*

On soumet le malade à une séance journalière d'électricité faradique. Il y a une amélioration progressive et le 8 juin, on constate que le volume des deux membres supérieurs est sensiblement le même alors que, à l'entrée de John à l'hôpital (7 mars), il y avait une prédominance de un centimètre pour le bras droit et de 1/3 de centimètre pour l'avant-bras du même côté. Le mouvement est revenu dans les membres gauches et le malade peut marcher avec l'aide d'une canne, bien que le tremblement persiste aussi accusé [1].

Le 16 juin 1892, on mesure de nouveau les deux champs visuels:

ŒIL DROIT	ŒIL GAUCHE
Sup. = 60	58
Inf. = 58	60
Ext. = 70	70
Int. = 62	60

Le 24 juin, John sort de l'hôpital, dans l'espoir d'être en état avant peu de participer aux courses d'Espagne.

J'ai l'occasion de le rencontrer plusieurs fois en ville et le regret de constater qu'il a repris ses habitudes bacchiques, malgré toutes les recommandations qui lui ont été faites.

Réflexions. — Le diagnostic d'hystérie n'est pas douteux dans ce cas, et il n'offrait guère de grandes difficultés au moment de l'entrée du malade à l'hôpital. Le mutisme à lui seul permettait de reconnaître immédiatement la nature de la maladie. L'aphasie, en effet, était absolument complète, alors qu'il n'y avait nulle trace de cécité et de surdité verbales et que la faculté d'écrire était plutôt exagérée. Ajoutons à cela le mutisme absolu, malgré l'intégrité des mouvements de la langue et des lèvres, la conservation complète de l'intelligence,

[1] Il a toujours du spasme glosso-labié, surtout perceptible lorsqu'il parle et caractérisé par des contractions fibrillaires des muscles de la face gauche et par un clignement incessant des paupières du même côté.

et nous aurons au complet tous les signes qui, pour M. Charcot, caractérisent le mutisme hystérique. Les caractères seuls de l'aphasie faisaient donc éléminer d'emblée l'idée de ramollissement cérébral droit chez un gaucher du cerveau (hémiplégie gauche et aphasie.) Il y avait, d'ailleurs, un spasme glosso-labié, caractéristique de la grande névrose, spasme qui intéressait surtout les deux orbiculaires (celui des paupières et celui des lèvres).

Mais quand le bégaiement eût remplacé le mutisme, les symptômes divers présentés par le malade pouvaient faire songer à la sclérose en plaques : vertiges, attaques apoplectiformes, troubles oculaires, troubles de la parole, tremblement intentionnel. Cependant, par l'analyse détaillée de ces symptômes, il était aisé d'éliminer cette maladie organique. Les vertiges présentaient, en effet, les caractères du vertige hystérique : battements dans les tempes, bourdonnements d'oreilles; les attaques apoplectiformes rentraient dans la descriptton de Debove et Achard, les troubles oculaires étaient caractérisés par une amorausose monoculaire restée latente et guérie rapidement par la suggestion hypnotique. Quant au bégaiement hystérique sur lequel Ballet et Tessier ont appelé l'attention, il ne rappelle que de très loin la parole scandée des malades affectés de sclérose multiloculaire. Enfin, à propos du tremblement intentionnel, est-il besoin de rappeler son existence fréquente dans l'hystérie (Charcot, Rendu, Pitres, Dutil, Souques). Ainsi donc le diagnostic d'hystérie ne nous semble pas douteux, mais rappelons-nous que les combinaisons de la grande névrose avec les maladies organiques du système nerveux, et en particulier avec la sclérose en plaques, ne sont pas rares, et recherchons si tous les symptômes que présente notre malade sont exclusivement imputables à l'hystérie. Il est facile de mettre la sclérose en plaques hors de cause, car nous ne trouvons ici aucun symptôme lui appartenant en propre : vertige spécial, nystagmus, exagération des réflexes, etc. De plus, il n'y a dans les antécédents personnels de notre malade aucune maladie infectieuse (Charcot et Marie); au contraire, on trouve une tare névropathique puissamment aidées par des habitudes alcooliques pour justifier l'existence de l'hystérie.

Au point de vue étiologique, faisons remarquer que la première attaque est survenue à l'occasion d'un traumatisme. Elle a fait éclore non seulement l'hystérie mais encore, comme

c'est l'ordinaire, des phénomènes neurasthéniques : agoraphobie, douleur de la nuque et des reins, troubles digestifs. Les deux autres attaques apoplectiques ne reconnaissent pas un traumatisme pour cause provocatrice et pourtant les accidents qui ont suivi n'ont guère différé des premiers, ce qui prouverait une fois de plus, s'il en était besoin, que la névrose traumatique ne diffère guère de l'hystérie banale.

Relevons dans notre observation la coexistence du mutisme et du délire des persécutions, coexistence signalée par M. Troisier dans un cas de mutisme hystérique, rapporté récemment à la Société médicale des hôpitaux (séance du 8 avril). S'agissait-il de délire hystérique ou de délire alcoolique? La question nous paraît difficile à résoudre.

Chez le malade que nous avons observé, la suggestion hypnotique a eu raison du mutisme et de l'amaurose. Faut-il en conclure que, dans les cas analogues, on doive toujours compter sur un résultat aussi rapide et aussi frappant? Evidemment non, car on sait combien l'hystérie mâle est d'ordinaire tenace et résiste aux traitements les plus variés et les mieux dirigés.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

I. L'hypnotisme et le droit; par le Dr A. Cullere.

Dans un article intéressant et humoristique, l'auteur retrace rapidement l'histoire du péril hypnotique, dénoncé, au point de vue légal, par M. Liégeois à l'Académie des sciences morales et politiques en 1884. Après avoir montré à nouveau combien ce péril signalé est exagéré en pratique et que, à part les viols dont peuvent être réellement victimes les personnes hypnotisées, la réunion des circonstances propices à l'accomplissement d'un crime hypnotique est à peu près impossible, il en arrive à rappeler l'intervention malencontreuse de M. Liégeois dans le procès Eyraud-Bompard.

« En attendant sa revanche, dit-il, le péril hypnotique continue à vivre tant bien que mal et il se trouve de temps à autre quelque fidèle pour le galvaniser. Ce pieux devoir vient d'être rempli par M. A. Bonjean ».

M. Bonjean, avocat, considère comme un devoir de raconter ce qu'il a vu et de venir au secours du « *magnétisme judiciaire*, compromis par les préjugés de la science officielle. »

C'est un mystique, un croyant plein d'enthousiasme. Quelques phrases donneront une idée de l'esprit dans lequel a été conçu son livre : « la suggestion, nous dit-il, est une bonne foi qui fait des miracles. Dans le domaine religieux, les protestations de la raison se courbent tous les jours humblement devant l'autorité dominatrice de la foi. La suggestion ne possède pas une puissance moindre et rien ne peut échapper, vraisemblablement à son influence. » (*Annales médico-psychologiques*, 1892.) E. B.

II. Réflexions sur les théories de la criminalité ; par le Rév. W.-D. Morrison. (*The Journal of mental Science*, avril 1889.)

Partant de ce principe que dans l'étiologie d'un acte criminel on trouve, soit isolées, soit associées, des causes anthropologiques, des causes sociales et des causes cosmiques, l'auteur a appliqué à un crime récent la méthode d'investigation qui résulte de ces données; il a successivement examiné l'acte criminel en lui-même, les antécédents personnels et les antécédents de famille du criminel, ses caractères anthropologiques, et, au point de vue psychologique, l'état de ses sens, de son intelligence, de ses émotions et de sa volonté; cela fait, et prenant pour point de départ les notions ainsi obtenues, il a examiné les facteurs actifs et les facteurs potentiels de l'action criminelle, et il est parvenu à mettre en lumière la logique, si l'on peut ainsi parler d'un crime qui semblait inexplicable. Il pense que si l'on soumettait tous les crimes et tous les criminels à une rigoureuse investigation de ce genre, on arriverait à la fois, dans chaque cas particulier, à une appréciation plus équitable de la culpabilité, et, au point de vue général, à une théorie plus juste de la criminalité. R. M. C.

III. Observations de folie incendiaire, avec commentaires; par John Baker. (*The Journal of mental Science*, avril 1889.)

L'auteur a rassemblé dans ce mémoire plusieurs cas intéressants de folie incendiaire, et l'étude de ces cas le conduit à repousser l'existence de la folie spéciale jadis décrite sous le nom de pyromanie; les aliénés incendiaires peuvent en effet appartenir aux diverses catégories de l'aliénation mentale. Il cite en outre dans son travail quelques chiffres intéressants fournis par l'asile des aliénés criminels de Broadmoor : en vingt-deux ans (1864-1886), cet asile a reçu 107 incendiaires, dont 99 hommes et 8 femmes, soit 7,5 p. 100 pour les hommes, et 2 p. 100 pour les femmes du nombre total des aliénés criminels internés à cet asile. Rapportés aux diverses formes

d'aliénation mentale auxquelles ils se rapportent, les chiffres ci-dessus énoncés se décomposent de la façon suivante : imbécillité congénitale : 36 (dont 35 hommes et 1 femme); — épilepsie congénitale : 4 (tous du sexe masculin); — paralysie générale : 6 (tous du sexe masculin); — manie aiguë (généralement d'origine alcoolique) : 6 (dont 5 hommes et 1 femme); — manie récurrente : 4 (tous du sexe masculin); — manie chronique : 7 (dont 6 hommes et 1 femme); — mélancolie : 21 (dont 17 hommes et 4 femmes); — monomanie : 9 (dont 8 hommes et 1 femme); — demence : 10 (tous du sexe masculin). R. M. C.

IV. La responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs; par le Dr Henry Coutagne.

Le persécuteur devra être déclaré irresponsable sans restriction, lorsqu'il le sera devenu dans le cours du délire de persécution classique.

Mais pour les autres variétés d'aliénés persécuteurs, la question n'est plus aussi simple. Le fond pathologique du persécuteur raisonnant est d'une contexture moins solide que celui du persécuteur persécuté — les dégénérés héréditaires supérieurs, les fous moraux, les névropathes hystériques sont remarquables par l'inégalité de leurs manifestations psychiques.

A côté de lacunes parfois énormes, la conservation et même le développement anormal de certaines facultés cérébrales sont alors propres à dérouter l'observateur, la facilité et la lucidité de la conversation, les caractères souvent séduisants de l'habitus général, l'absence presque indéfinie de tout symptôme démentiel sont des éléments diagnostiques peu favorables. C'est dans ces cas que l'expert sera heureux de pouvoir abriter ses incertitudes cliniques derrière une conclusion mitigée d'irresponsabilité. Lorsque le caractère pathologique de l'inculpé sera affirmé par la coïncidence d'antécédents héréditaires, de stigmates physiques de dégénérescence et d'actes cérébraux anormaux, nous devrons aller plus loin et déclarer ces persécuteurs aussi irresponsables que ceux de la variété précédente. Mais à partir des états mitoyens qui témoignent d'une organisation pathologique incomplète, le médecin fera une œuvre à la fois scientifique et utile en énonçant l'atténuation de la responsabilité.

En ce qui concerne la séquestration des aliénés persécuteurs, elle se présente comme la mesure la plus conforme aux intérêts de l'aliéné et à ceux de la société. Considérée au premier point de vue, elle soustrait le malade à des chances de suicide et le fait bénéficier de tous les autres avantages thérapeutiques de l'asile. Au point de vue du danger pour autrui, il est difficile de méconnaître les avantages uniques de la séquestration car le persécuteur est tou-

jours dangereux, soit qu'il commette un crime logique et préparé de longue date, soit que, brusquement, il rencontre sur sa route une circonstance d'apparence insignifiante qu'il fera entrer dans le cycle de ses conceptions délirantes et qui le transformera en un persécuteur des plus redoutables.

Parmi les dangers presque spéciaux au persécuteur, qui créent encore une indication plus décisive pour son internement, il faut signaler les chances de contagion mentale dans son entourage, dont les observations de folie communiquée offrent de beaux exemples.

Au point de vue de la durée de la séquestration, si l'on reprend les deux grandes variétés d'aliénés persécuteurs, on voit que le persécuteur persécuté étant, avant tout, un chronique, son délire stéréotypé peut se prolonger pendant de longues années, sans diminution de sa virtualité dangereuse, à peine atténué par le régime de l'asile. Les persécuteurs raisonnants, au contraire, une fois soustraits aux excitations de la vie commune et soumis à un régime disciplinaire régulier s'améliorent, parfois très rapidement, et manifestent un équilibre cérébral qui fait illusion, et même ne permet pas légalement au médecin de maintenir leur séquestration. Il va sans dire que leur mise en liberté sera le signal de la reprise soit des mêmes actes et des mêmes idées délirantes, soit d'autres syndrômes épisodiques, d'où renouvellement de la nécessité de l'internement, avec ou sans l'intermédiaire de la prison.

L'aliéné persécuteur est destiné, en somme, à être soustrait à la vie commune et placé dans un asile pendant la période la plus longue de l'évolution de sa maladie. Mais les conditions matérielles dans lesquelles se fait en France l'hospitalisation de ces sujets laissent un peu à désirer : il est certain que la séquestration des persécuteurs gagnerait en efficacité s'ils étaient soustraits au voisinage de certains malades incommodes ou agressifs et soumis, au moins par intermittence, à un régime pénal que celui de nos grands asiles. Dans les réformes de l'avenir, il y aurait à tenir compte de l'influence que pourraient exercer sur leur état mental d'autres formes d'assistance, telles que la colonie agricole. Enfin pour les persécuteurs signalés par un caractère dangereux, intense et incurable, il y aurait avantage à les transporter très loin des lieux où s'est organisé leur délire. (*Annales médico-psychologiques*, 1891.) E. Blin.

V. L'aliénation mentale chez les dégénérés psychiques; par le Dr H. Dagonet.

A un point de vue général, on peut admettre pour l'aliénation mentale chez les dégénérés psychiques deux catégories principales, l'une dans laquelle prédominent des troubles intellectuels et des manifestations délirantes nettement accusées, l'autre dans laquelle

on observe plus particulièrement les anomalies et les désordres de la sensibilité morale; dans cette catégorie rentrent naturellement les folies morales que caractérisent la perversion des sentiments affectifs, les aberrations du sens génital, etc.

Enfin, on trouve des formes mixtes dans lesquelles on rencontre à la fois les troubles de l'intelligence combinés avec ceux de la sensibilité morale.

Troubles intellectuels chez les dégénérés psychiques. — En tête des manifestations délirantes que présentent les individus atteints de dégénérescence psychique, se trouve la folie du doute, affection qui se rencontre spécialement chez les malades soignés dans leur famille : une fois l'obsession créée, le repos moral est perdu; tout est, pour le malade, un motif de questions et d'anxiété pénible. Il a des remords, se fait des reproches sur sa coupable indifférence : rien ne peut le soustraire à son angoisse.

De même pour la maladie du toucher, l'idée d'une souillure possible torture son esprit : parfois il se rend compte du ridicule de ses actes, mais il ne peut éviter de les accomplir.

Les extravagants constituent l'une des formes les plus souvent observées de dégénérés : ces deux aliénés sont pour leur famille et la société un véritable fléau.

L'état nerveux crée nécessairement chez les dégénérés les dispositions morales les plus diverses; les formes d'aliénation mentale qui en résultent présentent, elles aussi, les variétés les plus nombreuses. On retrouve chez les uns la dépression mélancolique, chez d'autres, l'exaltation mégalomaniaque; mais chez le plus grand nombre, de véritables accès maniaque; dans tous les cas, on constate une empreinte de la dégénérescence psychique qui a préexisté.

La brusquerie des accès et leur guérison rapide caractérisent, en général, chez les dégénérés nerveux, les formes d'aliénation mentale qu'ils présentent.

L'accès maniaque chez les dégénérés à conduite extravagante peut d'ailleurs prendre les formes les plus diverses; on observe quelquefois un véritable délire hallucinatoire, avec conservation de la conscience; les hallucinations se reproduisent dans quelques cas par le seul fait de la volonté de l'individu.

Dans cette catégorie de maniaques à type anormal que présentent les dégénérés névrosés, on peut ranger les malades décrits par Trélat, qui délirent dans leurs actes mais ne délirent pas dans leurs paroles, malades parmi lesquels se trouvent un grand nombre d'individus tantôt considérés comme aliénés, tantôt comme malfaiteurs.

Troubles moraux chez les dégénérés psychiques. — La perversion, l'affaiblissement du sens moral caractérisent toute une catégorie de dégénérés psychiques; on retrouve dans ce cas, chez ces individus, lorsqu'ils deviennent aliénés, les diverses manifestations de la folie

morale. Dans cette forme de délire rentrent les obsessions et les impulsions dangereuses.

La folie impulsive est certainement le type le plus remarquable de la folie morale : les déterminations les plus imprévues, réalisées dans des conditions absurdes et sans aucune des précautions prises par les criminels ordinaires, causent notre profond étonnement par l'absence de motifs et sont même en désaccord avec l'éducation, les sentiments, la conduite antérieure. Rien, à l'extérieur, ne trahit la compromission intellectuelle. Le malade regrette le fait accompli, mais il ne manifeste aucun remords. C'était une chose fatale, il était poussé par une force irrésistible.

Les conceptions multiples, le mélange de folie morale et intellectuelle forment également un signe caractéristique de dégénérescence chez une certaine catégorie d'aliénés.

Les dégénérés sont souvent, par accès, absolument incapables de résister à des obsessions pathologiques : aussi longtemps que l'accès dure, l'obsédé subit, sans résistance possible, l'entraînement morbide — dans les moments d'exaltation, l'individu perd sa présence d'esprit, il n'est plus maître de diriger ses facultés. Cet état d'exaltation que le dégénéré est incapable de réprimer est, dans quelques cas, provoqué à l'état normal par le simple fait de la volonté chez des individus nerveux et sous l'influence de circonstances particulières.

Dans la classe des dégénérés avec folie morale peuvent encore se placer ces jeunes gens, ces jeunes filles qui répandent sur les personnes les plus honorables les accusations les plus perfides. Il en est de même de ces malheureux enfants dont les accusations graves rendent quelquefois nécessaires des expertises médico-légales.

En résumé, on peut observer chez les dégénérés les formes d'aliénation mentale les plus diverses lesquelles revêtent, en général, une physionomie particulière rappelant par quelques-uns de ses traits l'espèce de dégénérescence psychique dont l'individu a été atteint.

L'aliénation mentale revêt elle-même une forme insolite dans ses phases comme les manifestations délirantes qui la caractérisent ; on peut observer par exemple la conservation de la conscience avec le trouble psychique le plus accentué. La solidarité qui relie entre elles les facultés morales et intellectuelles fait le plus souvent défaut : les troubles sont prédominants tantôt du côté moral, tantôt du côté de l'intelligence.

Le délire présente une manière d'être anormale : ainsi on observe la folie du doute, le dédoublement de la personnalité, l'agoraphobie, la claustrophobie, les impulsions instinctives, etc... à l'exclusion de manifestations délirantes nettement accusées. (*Annales médico-psychologiques*, 1891.) E. B.

VI. Cas médico-légal; par le Dr Andrews. (*American journal of insanity*, octobre 1890.)

Il s'agit du meurtre d'un policeman de Rochester par un nommé W. M..., le 29 décembre 1888. L'histoire de W. M... montre clairement qu'on avait affaire à un délirant chronique qui, sous l'influence de ses idées délirantes, tira un coup de revolver sur le policeman chargé de l'arrêter.

Cette observation, des plus intéressantes au point de vue médico-légal, ne l'est pas moins en ce qui concerne la pathologie mentale proprement dite.

On y voit M... entrer sur le terrain de la folie onze ans avant son arrestation, par une période d'inquiétude des plus manifestes avec jalousie morbide. — Peu à peu, les idées de persécution ont fait leur apparition avec un cortège imposant d'hallucinations multiples de l'ouïe, de l'odorat, du goût, etc... et ce n'est que dix ans après le début de la maladie que se montrent les premiers signes d'idées ambitieuses.

En somme, un cas type de délire chronique. E. B.

VII. Crime et responsabilité; par le Dr Clark (*American journal. of insanity*, avril 1891.)

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

1° L'histoire naturelle du crime montre que les cerveaux des criminels chroniques sont déviés du type normal et se rapprochent de ceux des êtres inférieurs.

2° La plupart de ces individus sont aussi impuissants que les aliénés à se détourner du crime.

3° L'absence de sens moral peut être cachée par la ruse, même chez les brutes, jusqu'à ce qu'elle soit évoquée en quelque sorte par les circonstances.

4° Aucun homme ne peut s'affranchir des conditions physiques qui l'entourent.

5° Le crime est un sujet d'études morales en dehors de ses rapports avec la pénalité.

6° Folie et responsabilité peuvent coexister.

7° Un insensé peut exprimer des volontés raisonnables, parce qu'elles sont rationnelles.

8° Le monomaniaque peut être responsable lorsqu'il commet des actes en dehors de la voie de ses idées délirantes.

9° Beaucoup d'aliénés sont influencés dans leur conduite par l'espoir d'une récompense ou la crainte d'un châtiment, tout comme le sain d'esprit : ils conservent donc des rudiments de libre arbitre.

10° Beaucoup d'aliénés ont des idées correctes sur le bien et le mal, dans l'abstrait comme dans le concret.

11° Beaucoup d'aliénés peuvent résister à l'influence de leurs idées délirantes : par conséquent l'irresponsabilité et la folie ne se rencontrent pas toujours sur le même terrain. E. B.

VII. La responsabilité morale et pénale devant l'expertise médicale; par le Dr Semal (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 1891.)

Il résulte des considérations développées dans ce travail: 1° que le médecin aliéniste n'est pas, en tant que médecin, pourvu d'une compétence spéciale pour se prononcer sur la responsabilité morale ou pénale d'un délinquant;

2° Toutefois, le rapport médico-légal doit non seulement établir l'existence ou la non-existence d'une maladie mentale ou d'un trouble psychique, il peut et doit préciser les rapports que ces conditions pathologiques peuvent avoir avec les faits incriminés;

3° En aucun cas l'expert aliéniste n'est fondé à pousser à des atténuations ou aggravations de peine, dont l'action est exclusivement l'apanage du juge. Il convient même que les conclusions du rapport s'exonèrent de toute préoccupation relative aux conséquences du jugement à intervenir;

4° Toutefois conformant ses recherches à l'orientation moderne des sciences pénales qui poursuivent l'amendement du délinquant en l'unissant au souci de la sécurité publique, le médecin aliéniste pourra fréquemment fournir des indications sur le mode de traitement à instituer.

Il convient qu'il saisisse toute occasion de démontrer l'inellectable nécessité de recourir à un procédé mixte de traitement pénal où la discipline pénitentiaire et l'orthopédie psychique et morale s'unissent et s'influencent réciproquement (prison, asile, asiles spéciaux.

Cette conclusion paraît surtout s'imposer dans les cas où sous prétexte de responsabilité partielle, on recourt à une mesure aussi impuissante à redresser l'anomalie morbide du délinquant que compromettante pour la sécurité publique, et qui consiste à diminuer le quantième de la peine en proportion de l'indigence psychique du délinquant;

5° Comme corollaire des conclusions précédentes, il est désirable que dans la question posée à l'expert on s'écarte aussi peu que possible du texte légal qui justifie l'intervention médicale; le juge pourrait par exemple requérir en ces termes :

Procéder à l'examen de l'état mental du prévenu ou accusé. aux fins de déterminer si, au moment du fait, il était en état de folie, ou s'il a été contraint par une force morbide à laquelle il n'a

pu résister. Préciser le cas échéant, l'influence que ces conditions pathologiques ont pu exercer sur l'accomplissement des faits incriminés et déterminer les mesures qu'il conviendrait de prendre dans l'intérêt de la sécurité publique et du délinquant. G. D.

IX. Nouvelles contributions a l'anthropologie criminelle; par J. Morel et Kurella. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, N. F. II (1891.)

Revue analytique, notamment des ouvrages de :

E. Laurent : *Les habitués des prisons de Paris.* Lyon, 1891.
Francotti : *L'anthropologie criminelle.* Paris, 1891.
Dorsel : *L'anthropol. crimin. et la responsabil. médico-lég.* Paris, 1891.
Tardes : *Philosophie pénale.* Lyon, 1891.
Corre : *Crime et suicide.* Paris, 1891.
S. Sighele : *La folla delinquente.* Turin, 1891.
Sollier : *Psychol. de l'idiot et de l'imbécile.* Paris, 1891.
Lombroso : *Le criminel politique et la révolution* (trad. d'Erlenmeyer). Hambourg, 1892. P. K.

X. Le role de la suggestion a l'état de veille au point de vue médico-légal; par J. van Deventer. (*Centralbl., f. Nervenheilk.*, N. F. II, 1891.)

Deux cas de suggestion étrange. L'une est particulièrement typique. Une femme qui, depuis quatorze ans, vivait en parfaite intelligence avec son mari était, depuis deux ans, atteinte d'hystéro-épilepsie avec délire extatique. Un beau jour, elle se croit ensorcelée par sa voisine. Elle enjoint à son mari et à sa fillette âgée de douze ans, de la frapper elle-même à coups de pieds et de poings, de toutes leurs forces, pour rompre le charme. La répétition de cet acte finit par faire croire au mari qu'il frappe sur la voisine; la voisine lui apparaît, et, bien qu'elle parle exactement comme sa femme, il frappe à tour de bras. Quand sa femme est calmée, elle lui semble reprendre sa forme ordinaire. Tant et si bien qu'à force de frapper la sorcière, le bonhomme et sa fille tuent la malade. — Autre histoire d'un homme qui (c'est un chef de bureau de poste) s'avoue, bien que convaincu de son innocence, coupable d'une violation de correspondance. A partir de cet aveu, somniation complète. Très suggestible et très hypnotisable. On parvient à convaincre les magistrats de cette anomalie et on leur montre qu'il avait subi l'impression de l'accusateur, du bourgmestre. P. K.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. MÉTHYLAL CHEZ LES ALIÉNÉS ET DE SON ACTION COMPARATIVE AVEC LE CHLORAL; par le Dr MARANDON DE MONTYEL.

Depuis quelque temps, les hypnotiques se multiplient. Parmi ces hypnotiques nouveaux, un des derniers nés est le méthylal dont M. Marandon de Montyel a expérimenté l'action thérapeutique dans les diverses espèces d'aliénation mentale : folie simple, folie paralytique, démence sénile et athéromateuse, folie épileptique et folie alcoolique, le méthylal ayant toujours été administré de la même manière, en une seule fois le soir, au moment du coucher.

L'auteur a eu le soin d'administrer aux mêmes malades le chloral, de telle sorte qu'il a obtenu des résultats comparatifs permettant d'apprécier chez le même individu et dans les mêmes conditions l'efficacité des deux hypnotiques. Folie simple : dans 16 cas, la moitié est franchement défavorable; le chloral expérimenté comparativement sur les mêmes individus a donné onze succès pour treize cas.

Paralysie générale : sur quinze cas, quatre à peine sont favorables; ici encore, tandis que le méthylal échouait, le chloral réussissait; en effet sur quatorze cas traités par le chloral, il y eut dix succès.

Démence sénile et démence arthéromateuse : d'après les premières expériences sur le méthylal, c'est surtout dans ces formes vésaniques que cet hypnotique aurait réussi. M. Marandon de Montyel n'a pu l'expérimenter que dans trois cas, et a eu un succès pour deux insuccès. Folie épileptique : pas de résultat précis.

Folie alcoolique : dans deux cas d'insommie persistante, les résultats du méthylal n'ont pas été trop mauvais.

En résumé le méthylal est sans conteste un hypnotique, mais un hypnotique faible : il procure plutôt un supplément de repos qu'il n'impose celui-ci de toutes pièces à un organisme rebelle. Ce qui le condamne irrémédiablement, c'est, même dans les cas les plus favorables, la rapidité de l'accoutumance.

On doit lui préférer le chloral dont on peut masquer le goût avec du sirop de menthe, dont on peut écarter l'action perturbatrice sur le tube digestif en l'administrant trois ou quatre heures après le repas : le chloral ne devra cependant pas être donné aux individus porteurs d'une maladie de cœur à cause de son action déprimante sur le cœur.

Chez trente malades qui n'avaient retiré aucun bénéfice du méthylal, le chloral a fourni vingt-trois succès. Enfin le sommeil chloralique est continu et par conséquent très réparateur. Le méthylal trouvera peut-être sa seule indication dans certaines maladies physiques où il faut, pendant un laps de temps assez court, régulariser ou augmenter le sommeil plutôt que le créer. (*Annales médico-psychologiques*, octobre 91.) E. B.

II. L'hyoscine comme sédatif chez les femmes affectées de psychopathies chroniques, par Nœcke. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 4.)

Vingt-neuf malades. Doses, par la voie gastrique, de 1 à 6, et même de 8 milligrammes. Six fois résultat parfait, quatorze fois, demi résultat. Deux cas seulement de succès durable. Six fois, aucun résultat. Très mauvais calmant, et, en revanche, il est toxique, peut produire le collapsus. En tout cas son action n'est pas persistante. P. K.

III. Du chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale progressive; par le Dr Boubila et MM. Hadjès et Cossa.

Les discussions sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale sont loin d'être terminées. Dans le Nord de l'Europe, l'accord paraît exister sur la nature spécifique de la paralysie générale : il n'en est pas de même en France.

Laissant dans l'ombre les arguments de la statistique, certains auteurs sont venus demander des arguments à la thérapeutique.

Dans cet ordre d'idées, les auteurs, après avoir soumis méthodiquement les paralytiques au traitement classique de la vérole, n'ont pas obtenu de résultat répondant à leurs espérances. Cet insuccès les a incités à expérimenter un médicament, l'or, dont les vertus antisyphilitiques, aujourd'hui oubliées, ont joui autrefois d'une certaine vogue. La dose de chlorure d'or et de sodium a été de 2 milligrammes au début, augmentée tous les quinze jours d'une dose égale jusqu'à la dose maxima de 1 centigramme; repos pendant un mois, puis reprise du traitement. Si les auteurs n'ont pas trouvé dans le chlorure d'or et de sodium une panacée contre la vérole, pas plus que dans les résultats un argument bien net en faveur ou contre la spécificité de la paralysie générale, ils sont loin cependant d'avoir fait œuvre inutile. N'ayant aucun inconvénient, le traitement par le chlorure d'or et de sodium présente des avantages réels.

Le poids des malades augmente et, chose intéressante, l'augmentation des globules du sang marche parallèlement à l'augmentation du poids.

De l'ensemble des observations, il résulte que le chlorure d'or et de sodium pourrait agir avec plus d'efficacité dans la première période du mal, en permettant des rémissions; dans les dernières en retardant la fin. Il est utile quand même dans la deuxième, en augmentant les chances de résistance. (*Annales médico-psychologiques*, 1892.) E. B.

IV. De l'excision de l'écorce; contribution a la thérapeutique chirurgicale des psychoses; par G. Burckhardt. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, t. XLVII, p. 5.)

Six observations de manie chronique, démence, folie systématique, montrant qu'en enlevant à l'un des hémisphères des segments de l'écorce des diverses régions du cerveau en rapport avec les localisations sensorielles, on peut couper court (c'est le mot propre) aux hallucinations de la vue et de l'ouïe, ou les atténuer. Résumons-les.

Obs. I. — Manie chronique (ou dèmence avec agitation), durant depuis seize ans. Malade très impulsive sous l'influence de l'émotivité. Le problème est ainsi posé : la transformer en démence simple tranquille, en soustrayant aux rouages du cerveau, l'élément provocateur (hallucinations de la vue et de l'ouïe). — Première opération, 29 décembre 1888. A la curette tranchante, on résèque sur uné largeur de 2 centimètres, 5 grammes d'écorce, appartenant au lobule pariétal supérieur et à la partie médiane du lobule pariétal inférieur (supramarginal) de l'hémisphère droit, tout près de la pariétale ascendante. Une légère attaque d'hémiplégie, consécutive à l'opération, disparaît en un mois, la malade devient calme, mais les hallucinations reviennent bientôt, et avec elles l'agitation. — Deuxième opération le 8 mars. Résection de l'écorce de la partie postérieure des première et deuxième temporales, soit 2 gr. 50 de cerveau. — Troisième opération le 29 mai. On résèque une bandelette corticale qui part du lobule pariétal supérieur gauche, ou plutôt du sillon interpariétal, et vient à travers le lobule pariétal inférieur, et le pli courbe gagner l'extrémité occipitale de la scissure de Sylvius. — Quatrième opération le 12 février. Résection de la portion triangulaire de la circonvolution de Broca, dose 1 gr. 50. Cette fois, le résultat est acquis.

Obs. II. — Aspect de la démence, probablement consécutive à un délire de grandeurs et de persécutions se manifestant par des actes de défense. Hallucinations de l'ouïe. Excision de l'écorce des première et deuxième frontales gauches; on trouve en cet endroit un foyer de lepto-méningite. Calme consécutif, mais bientôt attaques syncopales et cortico-convulsives. Administration de 3 grammes de KBr., guérison. L'auteur fait remarquer que l'agraphie, contrairement à l'opinion de certains savants, ne siège pas en cet endroit, puisque le malade guéri, a continué à écrire.

Obs. IV (erreur de numérotation). — Folie systématique chronique

datant de longues années. Hallucinations de l'ouïe. Tendance à l'agitation permanente. Excision de la circonvolution temporale de Wernicke. Amélioration radicale.

Obs. III (erreur de numérotage). — Folie systématique, aiguë, primitive. Hallucinations de l'ouïe. Délire passif des persécutions. Actes de défense. Démence avec agitation; persistance des hallucinations. Excision de la partie postérieure de la premiere temporale, et de la moitié médiane de la deuxième, c'est-à-dire d'une partie de la région affectée à la mémoire sensorielle des mots. Amélioration.

Obs. V. — Folie systématique chronique. Hallucinations de l'ouïe, de la vue, du toucher. Démence. Première opération : excision de l'écorce du champ verbal de l'acoustique. Deuxième opération : excision de l'écorce du champ moteur des mots. Calme notable et atténuation des hallucinations.

Obs. VI. — Tare héréditaire très chargée. Folie systématique, hallucinations de l'ouïe. Malade dangereux, Excision de l'écorce du champ verbal de l'acoustique. Consécutivement, surdité verbale, disparition totale des hallucinatious. Quatre jours après, convulsions, mort.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, *pour aller disséquer des cerveaux vivants*, il faut être un mécanicien, un localisateur convaincu et non un partisan de la théorie des psychoses par trouble fonctionnel généralisé, de l'unité du *psuké*. Du reste, Meynert a fait faire un grand pas à la question en distinguant les psychoses d'association et les psychoses de projection. Dans ces conditions on a le droit (?) de réséquer *de vivo* les cases de l'écorce que l'on peut considérer comme les génératrices ou les foyers de troubles psychiques, ou bien, si l'on préfère, comme les carrefours par lesquels passent les voies de communication qui forment le nœud de processus pathologiques. Mais il faut être un opérateur de premier ordre, un strict observateur de l'anatomie topographique et de l'asepsie. Enfin, il convient de créer une chirurgie cérébrale physiologique propre à l'homme (?). Le mémoire, d'ailleurs, très détaillé, contient de précieux détails au point de vue de l'intervention opératoire. M. Burckhardt conclut.

Voilà évidemment des malades perdus ; vous les améliorez transformant des agités en des aliénés calmes (*Obs.* I, III, IV, V), au besoin vous complétez votre cure par l'administration d'un médicament (*Obs.* II), donc vous avez le droit de les exposer aux risques d'une intervention sanglante (?). P. KERAVAL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 juin 1892. — PRÉSIDENCE DE M. TH. ROUSSEL.

Les aliénés à séquestrations multiples. — M. MARANDON DE MONTYEL. L'idée mère de la communication de M. Charpentier, que les asiles de la Seine sont remplis d'une foule d'individus plus vicieux que malades est rigoureusement exacte. Notre collègue croit que c'est par la simulation qu'ils arrivent à se faire isoler un nombre incalculable de fois. Je ne nie pas que de temps à autre il en soit ainsi, mais je crois que c'est l'exception. Néanmoins, M. Charpentier a encore raison quand il dit que les aliénés à séquestrations multiples constituent dans nos asiles une classe à part. Ce sont tous des vicieux. Les arguments qu'il invoque à l'appui de la simulation se résument à deux : leur vice et leur cynisme, croissant à mesure que les isolements se multiplient. L'évolution de leurs troubles intellectuels qui n'est point conforme aux enseignements de la clinique. Le premier ne peut rien prouver ou plutôt militerait de préférence en faveur de la folie puisque le vice est souvent facteur étiologique des maladies mentales. Le second aurait plus de valeur mais, recevant les malades en troisième main, il nous est bien difficile d'apprécier en toute connaissance l'évolution du mal. Mieux vaut donc s'en rapporter à l'observation directe, aux renseignements fournis par la famille. Or de l'observation directe, il appert que c'est par l'alcool, à l'aide de l'ivresse délirante, que ces sujets vicieux entrent dans les asiles. Le tableau dressé par M. Charpentier de leur manière d'être dans le service est bien exact. Ils n'entravent pas seulement le traitement des vrais aliénés par les désordres qu'ils fomentent; par l'encombrement qu'ils occasionnent, ils obligent à transférer en province de véritables aliénés. Or, leur présence dans des asiles n'est nullement justifiée; l'ivresse délirante, en effet, ne constitue pas une espèce à part; elle est comparable à toutes les autres, la gaie, la triste ou la violente, qui ne diffèrent que par la prédisposition de chacun. Un seul buveur est à sa place chez nous, le dipsomane, mais les autres quels qu'ils soient doivent supporter les conséquences de leur inconduite. D'ailleurs les arguments invoqués par Lasègue, en faveur de l'ivresse délirante considé-

rée comme une maladie, ne résistent pas à l'examen : faiblesse de volonté;— ces sujets savent être très sobres quand c'est leur intérêt — égarement intellectuel durant la crise; — il se rencontre le même dans toutes les ivresses; — durée de la crise; — quand ces individus nous arrivent, ils sont déjà sains d'esprit;— faible résistance aux alcools;— elle est si bien connue d'eux qu'elle est la première excuse qu'ils invoquent à leur décharge. Pourquoi alors ont ils bu ? Même en admettant avec Lasègue que l'ivresse délirante nécessite la prédisposition neuropathique, rien ne permet de voir en elle une maladie mentale. Il est donc à désirer que ces individus ne soient pas considérés comme des aliénés et, dans tous les cas, qu'ils ne soient jamais envoyés dans les asiles de la banlieue, car ils n'apportent avec eux que leurs vices et le désordre.

M. Garnier j'accepte très volontiers qu'on enferme l'ivrogne à Mazas, mais l'ivrogne seul qui ne doit pas être confondu avec l'alcoolique délirant. M. Marandon de Montyel appelle peut-être ivresse délirante ce que nous appelons délire alcoolique. L'homme qui délire à besoin de soins spéciaux qu'on ne peut lui donner dans un poste de police. J'entends parler du délirant alcoolique dont l'affection se traduit par des symptômes spéciaux, et non de l'ivresse simple. Supposez-le placé dans un service hospitalier ordinaire, Comment lui donnera-t-on les soins qui lui sont nécessaires puisqu'on n'a même pas les moyens de l'empêcher de se tuer ou de chercher à tuer ses voisins? On ne pourrait pas l'y conserver. Comment voulez-vous alors qu'on le conserve à Mazas. Il doit donc être envoyé à Sainte-Anne pour la raison qu'on ne peut le placer ailleurs.

M. Marandon de Montyel. Ma communication ne saurait s'appliquer qu'à l'ivresse délirante que je distingue du délire alcoollique.

M. Garnier se défend d'avoir jamais envoyé dans les asiles un seul cas d'ivresse délirante, dans le sens qui lui est donné par M. Marandon. Il ne sequestre que des délirants alcooliques.

M. Marandon de Montyel fait observer qu'à leur arrivée dans son service ces malades n'ont pas un seul des symptômes du délire alcoolique classique et semblent plutôt sortir de l'ivresse délirante qui n'est pas une maladie mentale.

M. Garnier. — Peut-être le délire a-t-il cessé quand ces malades arrivent à Ville-Evrard, après leur séjour plus ou moins prolongé à Sainte-Anne, mais ils avaient un délire actif au moment de leur passage à l'infirmerie du Dépôt.

M. Briand demande ce que M. Marandon de Montyel entend exactement par ivresse délirante.

M. Marandon de Montyel. J'appelle ivresse délirante celle qui

est caractérisée par la rapidité et la fugacité du délire. Les hallucinations se dissipent avec les fumées de l'alcool.

M. Saury. — Vous avouez que votre ivrogne a du délire et des hallucinations; donc il est momentanément aliéné. Que voulez-vous qu'on en fasse si on ne le place pas à l'asile.

M. Boucherau. — L'ivresse actuelle n'est plus ce qu'elle était il y a trente ans. L'ivrogne d'autrefois avait le vin gai et jamais d'hallucinations, d'impulsions violentes, ni de délire. Il mourait par le rein ou par le foie. Que les temps sont changés! Depuis qu'on a pris l'habitude de remonter le vin avec des alcools de mauvaise nature, nous avons vu délirer l'ivrogne; il est devenu un alcoolique. Ses enfants sont aussi des alcooliques. Ainsi s'explique, selon moi, l'encombrement de nos asiles.

M. G. Ballet. — La discussion actuelle repose sur une question de mots ; elle peut être envisagée à deux points de vue : Cliniquement, il est incontestable que l'alcoolique est un malade et que des soins spéciaux lui sont nécessaires; administrativement, il doit être isolé, quelque part où une surveillance active l'empêchera de nuire à autrui.

M. Garnier partage la même opinion.

M. Charpentier rejette la responsabilité de l'encombrement des services par les alcooliques, sur le Bureau d'Admission qui devrait les garder au moins quinze jours en observation et ne transférer que ceux dont le délire persisterait après ce temps écoulé. Les autres seraient rendus à la liberté ou à la prison.

M. Voisin. — Autrefois les alcooliques avaient cuvé leur vin après trente-six ou quarante-huit heures, mais pendant ce temps un traitement spécial leur était nécessaire pour calmer les accès de fureur auxquels ils étaienl sujets.

M. le Président. Il résulte de cette discucsion que le Bureau d'Admission devrait être agrandi pour qu'on puisse y conserver plus longtemps certains alcooliques en observation. M. B.

Séance du 25 juillet. — Présidence de M. Christian.

Observation d'un cas de maladie de tics convulsifs avec mouvements par obsession. — M. Roubinovitch. Il s'agit d'une femme entachée de dégénérescence héréditaire grave : frère tiqueur et épileptique, oncle maternel somnambule, cousin maternel suicidé. La malade elle-même présente deux espèces de mouvements convulsifs : les uns conscients, les autres inconscients. Les premiers, résultant d'une véritable obsession sont représentés par de la tendance à se frapper et à frapper les objets environnants. Les autres, inconscients, sont remarquables par leur forme systématique et coor-

donnée, par des phénomènes d'écholalie et de caprolalie qui les accompagnent. Les mouvements conscients sont précédés d'un sentiment d'anxiété précardiale ou épigastrique, de rougeurs de la face et d'une lutte plus ou moins prolongée. Ils sont irrésistibles et le sentiment de la satisfaction finale indique bien la participation d'un facteur psychique. Jusqu'à ce jour on n'avait pas décrit l'état psychique particulier qui motivait ces mouvements impulsifs. M. Roubinovitch connaît cependant l'observation de Railton citée dans la thèse de Catron où le malade se frappait sur le nez et le front, mais ces mouvements n'étaient pas précédés d'une lutte interne. Ils étaient involontaires. Le mot *Kronomanie* pour lequel l'auteur réclame toute l'indulgence, conviendrait assez bien pour désigner ce groupe particulier des mouvements résultant de l'obsession de cogner. Il s'agit là d'une nouvelle forme de dégénérescence intéressante à signaler. La suggestion sur laquelle on comptait beaucoup pour améliorer la situation est restée sans effet, la malade n'ayant pu être endormie malgré de nombreuses tentatives.

M. Charpentier reproche à M. Roubinovitch d'avoir fait une pétition de principes : Il a énuméré des syndromes épisodiques chez une dégénérée dont il n'a pas démontré la dégénérescence et ensuite il a conclu à la dégénérescence parce que sa malade présentait ces symptômes.

M. Roubinovitch. — J'ai dit que l'hérédité de ma malade était très chargée. C'est ce qui explique sa dégénérescence mentale.

M. G. Ballet insiste sur ce fait à une époque où l'on croit tout guérir par la suggestion, malheureux pour que la malade n'a put être endormie. Cet insuccès est bien regrettable pour la doctrine pan-suggestive parce que le cas paraissait bien choisi parmi ceux susceptibles d'être améliorés par l'hypnose. Marcel Briand.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE LA PROVINCE DU RHIN.

QUARANTE-HUITIÈME SESSION A BONN;

Séance du 14 novembre 1891. — Présidence de M. Pelman.

Il y aura le 6 juillet 1892, vingt-cinq ans qu'existe la Société. C'est le 6 juillet 1867 qu'elle a tenu sa première séance. La séance

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, 47e séance, t. OOO, p. 000.

actuelle est donc la quarante-neuvième, parce que pendant l'automne de 1880, il n'y a pas eu de séance à cause de la guerre.

M. NISSL. *Des altérations expérimentales des cornes antérieures de la moelle chez le lapin avec présentation de pièces microscopiques.* — Méthode de coloration au bleu de méthyle et à l'hématoxyline alunée pour étudier le corps et le noyau de la cellule. Intoxication des lapins par le plomb, le phosphore, l'arsenic, la strychnine et l'alcool ; infection de la moelle par des cultures pures de staphylococcus pyogenes aureus ; dissociation du la substance du même organe par l'huile ; ligature de l'aorte abdominale.

L'auteur fait remarquer qu'il existe toute une variété de formes de cellules dans le cerveau et dans la moelle. Il en est une caractérisée par l'existence : dans le protoplasma du corps cellulaire, de granulations oblongues et irrégulières ; dans les prolongements de nodosités fusiformes et bacilliformes. Entre ces éléments existe une substance inaccessible aux agents colorants ou peu colorable (achromatique) ; le noyau lui-même est peu coloré arrondi. La cellule dans son ensemble prend l'aspect tigré. Ce sont ces cellules granulées qui chez les vertébrés et, en particulier, le lapin, le chien, le chat, sont, dans les cornes antérieures de la moelle, préposées à leurs fonctions motrices. Ce sont elles qui font le sujet de cette communication.

Dans l'intoxication arsénicale, la première altération qui se produit est l'augmentation de volume des granulations en question ; en même temps elles s'arrondissent et la substance achromatique du corps de la cellule s'imprègne deagents colorants. Puis, chacune d'elles pâlit, s'émiette, tandis que la substance achromatique se constellent de granules d'une finesse extrême, et d'une pâleur caractéristique. Le corps de la cellule s'effrite. de cette façon ; les granules disparaissent comme si le protoplasma s'était liquéfié et des lacunes se montrent. Tout à la noyau se recoquille et apparaît comme mangé dans ses contours.

Quoi qu'il en soit, l'arsenic agit d'abord sur le corps de la cellule.

La première altération nucléaire apparaît sous la forme d'une zone périphérique étroite, peu coloriée, également distincte du corps même des noyaux qui paraît bien plus épais et comme groupé autour nucléole plus pâle ; cette zone que l'on peut considérer comme la membrane nucléaire finit par disparaître. Le corps du noyau qui à l'état sain se compose d'une charpente renforcée par place par des granulations et contenant un suc spécial incolore présente, alors les modifications suivantes : le suc disparaît, et la charpente se résout en une substance finement grenue, compacte, bien colorée, au milieu de laquelle se voit le nucléole de plus en plus pâle. Cette substance granue n'est pas d'une égale épaisseur partout ; à côté de parties plus denses il y a des zones plus claires qui pourraient bien représenter le suc nucléaire. Puis le corps du noyau se résorbe,

devient discoïde et sinueux ; finalement, il est réduit à l'état d'un petit grumeau coloré contenant, en son milieu, un nucléole simplement indiqué.

Dans l'intoxication phosphorée on assiste aux mêmes altérations dans les cellules et dans les noyaux. mais elles sont moins accusées dans les noyaux.

Dans l'intoxication saturnine les altérations se comportent différemment. Les granulations du corps de la cellule se rapetissent et semblent plus homogènes ; on y voit fréquemment apparaître des espèces d'étoiles dont les angles émettent de petits prolongements. Les fuseaux et les bâtonnets des prolongements cellulaires se hérissent de sortes de nodosités. Dans la substance achromatique qui reste incolore dans son ensemble, on assiste à la genèse de granules arrondis, très nets, très colorés qui lui donnent un aspect de semis des plus fins. Puis les granulations s'amoindrissent de plus en plus, comme s'il s'effectuait une coagulation moléculaire, de sorte que le corps de la cellule est parsemé à un moment donné de grains plus nets, plus volumineux, plus colorés que dans l'intoxication arsenicale et phosphorée. Le noyau s'altère très rapidement par le même procédé que celui que nous avons décrit ; mais sa totalité se transforme en une matière cohérente qui d'un bloc se rétracte, échappe aux agents colorants de même que son nucléole central. Çà et là dans cette masse se produisent des lacunes. La rétraction progressant, on n'a plus finalement qu'un grumeau faiblement coloré prenant les formes les plus différentes. En regardant bien, on aperçoit encore dans ces débris un organite qui n'est autre que le nucléole rapetissé.

M. Brie. *Des symptômes de lésions en foyer dans la paralysie générale.* — Les attaques congestives tiennent souvent à des lésions en foyer, d'ailleurs cliniquement caractérisées par des symptômes qui indiquent leur localisation. Voici un paralytique général qui pendant près d'un an a eu toutes les semaines ou tous les mois des convulsions toniques et cloniques de la main droite. L'*autopsie* montre, outre les lésions de la paralysie générale, une atrophie extrême du segment supérieur de la pariétale ascendante gauche.

M. Huberty. — *Communications relatives à quelques asiles d'aliénés français et à l'assistance des aliénés en France* (Mémoire publié à part).

Discussion : M. Pelman prétend que les asiles français sont remarquables par leur malpropreté et l'abus des moyens de contrainte et, qu'ainsi que le dit Tukker, les asiles anglais sont, à ce point de vue, supérieurs. M. Huberty signale il est vrai que les moyens de contrainte sont en France trop employés, même dans les asiles neufs, mais qu'ils sont remarquablement bien tenus.

M. Steiner, à l'exemple de M. Huberty, se loue de l'urbanité des

collègues français, à quelques exceptions près, exceptions d'ailleurs rares.

M. PELMAN rend compte de la décision de la Société des aliénistes allemands relative au projet de loi de l'Etat contre l'ivresse (séance de septembre 1891).

Discussion : M. SCHRŒTER. Il faut absolument interdire les buveurs avant de les faire admettre dans un asile spécial.

M. OEBEKE. — Fonder des asiles pour buveurs dans lesquels on traitera ceux-ci comme malades et où ils seront guéris quand la chose sera possible, et en même temps les décréter d'incurabilité en les interdisant, c'est une contradiction et inhabile. En tout cas ce serait un singulier moyen d'achalander ces établissements. Quand l'individu atteint d'alcoolisme est incapable et imbécile, c'est dans un asile d'aliénés qu'il faut le mettre. Au surplus, n'attendez pas des classes aisées une clientèle productive surtout si vous commencez par prononcer l'interdiction. et par rendre publique la mesure de séquestration. De buveurs pauvres et incapables de travailler vous n'en manquerez pas, mais alors vos asiles pour buveurs constitueront des établissements de décharge qui serviront à désencombrer les asiles pour chroniques et les sections d'infirmes des hôpitaux.

M. SCHMITZ. Ce qu'il faut, c'est amener les buveurs malgré eux (ils n'y viendraient jamais de leur plein gré) dans un asile pour buveurs et cela rapidement. L'interdiction préalable va tout à fait à l'encontre du but qu'on se propose, mais il convient d'armer la loi du pouvoir de les séquestrer et de les rendre irresponsables des actes délictueux qu'ils ont pu commettre.

M. TIGGES. En Suisse, dans le canton de Saint-Gall et dans l'Etat de New York, on séquestre les buveurs dans un asile spécial sans les avoir préalablement interdits.

L'assemblé vote les propositions de la Société des aliénistes allemands (session de Weimar), mais elle ne vote pas sur la question d'admission sans interdiction préalable. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, XLVIII, 6.) P. KERAVAL.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

SOIXANTE-TREIZIÈME RÉUNION;

Séance du 15 *décembre* 1891 [1]. — PRÉSIDENCE DE M. LŒHR aîné.

M. HEBOLD. *De l'entrecroisement des nerfs optiques chez l'homme.* — L'orateur montre des préparations empruntées à deux cas d'a-

[1] Voir séance du 15 juin 1891, *Archives de Neurologie.*

trophie de l'œil qui mettent en évidence la semi-décussation incontestable des nerfs optiques de la chiasma. Il exalte les avantages de la méthode Nissl au rouge magenta pour les *coupes de la moelle*. Les *cellules* se voient d'une merveilleuse façon ; leurs prolongements nerveux sont des plus nets. Le mémoire sera publié *in extenso*.

M. Ascher. *De l'aphasie dans la paralysie progressive*. — Il s'agit d'un paralytique général qui présenta l'ensemble symptomatique suivant. Il ne lui restait plus qu'un catalogue restreint dont il ne se servait que rarement d'ailleurs. Il comprenait peu ce qu'il disait estropiait les mots assez fréquents, et comprenait mal ce qu'on lui disait. Il désignait un objet qu'on lui nommait mieux qu'il ne le nommait. Mais il répétait correctement les phrases. Ecrivant mal spontanément, mal sous la dictée, il copiait relativement bien. Encore capable de lire, il comprenait peu ce qu'il lisait. D'après le schéma Lichtheim et Wernicke, il s'agissait d'une aphasie motrice transcorticale avec lésion des faisceaux sensoriels transcorticaux. On trouva à l'*autopsie* : de la pachyméningite hémorrhagique, une leptoméningite chronique, une atrophie modérée du cerveau, une dilatation des ventricules latéraux, avec granulations épendymaires. Atrophie remarquable de la première temporale gauche. Le microscope révèle une atrophie considérable des fibres nerveuses avec multiplication très accusée des cellules araignées, dans les première et troisième frontales, gyrus rectus, frontales ascendantes, première et deuxième temporales, du côté droit comme du côté gauche. Dans la première temporale gauche, on était frappé de la disparition des cellules nerveuses au sein des première et deuxième couches de Meynert.

Le président propose à la Société, qui l'accepte, de fêter avec la Société de psychiatrie et maladies nerveuses de Berlin, l'anniversaire de la vingt-cinquième année de l'existence de ces deux sociétés qui poursuivent le même but par des voie différentes, d'autant plus qu'une grande partie des membres de la Société psychiatrique appartiennent aussi à la société de psychiatrie et de maladies nerveuses. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 6.)

P. Keraval.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN.

Séance du 12 janvier 1891[1].

PRÉSIDENCE DE M. SANDER, puis de M. JOLLY.

M. KRONTHAL. *De la subordination des dégénérescences des nerfs périphériques à l'altération dégénérative de leurs noyaux d'origine, avec démonstration.* (Mémoire publié dans la *Neurolog. Centralblatt*[2].)

M. OPPENHEIM. *Communications relatives aux névroses traumatiques.* (Publié à part.)

Discussion : M. MENDEL. — Sur les soixante-huit observations en question, j'en ai, en commun avec Oppenheim, examiné dix-sept : bien d'autres malades ont été vus par nous deux, bien que l'un de nous ait seul signé le rapport.

M. OPPENHEIM maintient l'exactitude des indications données par lui dans son mémoire.

Séance du 9 mars 1891. — PRÉSIDENCE DE M. JOLLY.

M. JOLLY présente une *malade chez laquelle le tabès existe combiné à l'atrophie musculaire.* — Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, atteinte il y a sept ans de diplopie et d'accès vertigineux. Depuis quatre ans, elle éprouve de la faiblesse dans les jambes ; il lui semble qu'elle marche sur du feutre.

A ces accidents se sont successivement ajoutés de l'affaiblissement et de l'engourdissement des mains, une ataxie caractérisée des membres inférieurs, de la dysurie. Actuellement, on constate de l'ataxie statique et locomotrice, le signe de Westphal, de l'atrophie de certains muscles dans les jambes et dans les bras. Le long péronier latéral gauche ne réagit plus à l'électricité, le jambier antérieur du même côté est affecté de réaction dégénérative : il en est de même pour l'opposant du pouce des deux côtés et, à un degré moyen, pour les extenseurs de la main et des doigts. Immobilité absolue des pupilles. Les muscles des yeux ne sont pas para-

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, séance de décembre 1890, t. XXII, p. 425.

[2] Voy. *Archives de Neurologie*, revues analytiques.

lysés. M. Jolly pense que les cornes antérieures ne sont pas en cause ; l'atrophie dépend d'une névrite périphérique en rapport avec le tabes.

M. Bœdeker décrit *un cas de paralysie progressive des muscles des yeux chez un paralytique tabétique avec autopsie.* L'affection a duré plus de huit ans. Au début n'existait qu'une parésie bilatérale de l'oculo-moteur externe. Peu après, on constatait l'immobilité, la fixité des pupilles. Plusieurs années plus tard apparurent simultanément les accidents du tabès et de la paralysie générale : diminution du réflexe patellaire — douleurs lancinantes — signe de Romberg — vertiges — troubles de la parole — affaiblissement de l'intelligence.

A l'ophtalmoscope, on trouva successivement : une décoloration des segments temporaux des papilles, bientôt étendue à l'ensemble des disques papillaires quoique plus accusées sur les secteurs externes. Scotome central pour le rouge et le vert. Peu de temps avant la mort, les autres muscles de l'œil furent aussi atteints de parésie (l'élévateur des paupières demeura cependant épargné) ; finalement, paralysie des mouvements de convergence.

Les altérations macroscopiques sont celles de la paralysie générale. Au microscope, on rencontra la dégénérescence du faisceau de Krause, celle des fibres qui en sortent pour s'adjoindre au pneumogastrique, celle d'une partie de la racine ascendante du trijumeau, celle du noyau et des fibres émergentes du pathétique et de l'oculo-moteur externe. Dans la région du noyau de l'oculo-moteur commun, l'atrophie portait sur les groupes de cellules supérieurs, inférieurs, centraux et antéro-latéraux. Les altérations dégénératives étaient également indéniables dans les troncs périphériques des nerfs oculaires, notamment celui de l'oculo-moteur externe, et dans les muscles des mêmes organes.

Une névrite intertistielle avait en partie détruit les nerfs optiques, elle occupait surtout la région située derrière la papille et la moitié externe du diamètre transverse, tout en empiétant sur le segment interne ; plus loin vers le cerveau le foyer dégénératif gagnait l'axe du nerf. Cette localisation rapprochée de l'étude clinique permet de conclure à une amblyopie nicotinique ou alcoolique.

Dans la moelle, l'altération portait sur les cordons postérieurs surtout dans les régions dorsale et lombaire.

Discussion : M. Siemerling. Le groupe de cellules que Westphal qualifia d'abord de noyau postérieur du pathétique n'a rien à voir avec ce nerf. D'après les recherches de Schuetz, il faut le rattacher aux noyaux de la substance grise centrale. En ce qui concerne le noyau de l'oculo-moteur commun, le mieux est de le séparer en deux régions : une région antérieure, une région postérieure. La région antérieure serait la limite antérieure du noyau au niveau

du troisième ventricule. Le groupe antéro-latéral de Darkschewitsch existe certainement, mais il n'est pas certain qu'il soit en rapport avec le noyau de l'oculo-moteur commun.

Quant aux rapports du noyau du pathétique et du noyau de l'oculo-moteur commun, ce dernier n'est point du tout la continuation du premier. Le noyau de l'oculo-moteur commun commence, au niveau de la constitution, du noyau du pathétique par un groupe nucléaire placé dans le faisceau longitudinal postérieur lui-même. Ce groupe de cellules paraît commander à l'élévateur de la paupière supérieure, moins il y a de blépharoptose, mieux ces cellules là sont conservées.

Séance du 11 mai 1891. — Présidence de M. Jolly.

M. Jolly. *Chorée héréditaire, présentation d'une malade.* Publié[1] dans le *Neurol. Centralb.*

M. Remak présente plusieurs choréiques. Voici d'abord l'oncle de la malade que vient de présenter M. Jolly. Affecté de vingt-trois à trente-un ans d'une épilepsie primitivement sérieuse (états de mal) qui guérit, il était à l'âge de quarante ans atteint de chorée. — Puis, c'est le tour d'un jeune garçon de onze ans et demi. Il s'agit ici d'une *athéthose bilatérale primitive* des membres inférieurs; l'affection a débuté d'une façon insidieuse par la jambe droite (il avait à cette époque huit ans) sans qu'il y ait eu de phénomènes paralytiques. C'est, d'après l'orateur, une *chorée atypique héréditaire*, car il a trouvé chez la mère du jeune homme, qui est de nationalité russe, une chorée progressive du bras droit et des spasmes choréiques des muscles de la nuque. Publié dans le *Neurol. Centralbl.*

M. Mendel présente un homme de quarante-sept ans, porteur d'une *chorée d'Huntington*. Le cas est publié dans la thèse d'Esser (avril 1891).

M. Senator. Le second malade de M. Remak est particulièrement intéressant. Le cas ressemble très peu à la chorée d'Huntington, il ne ressemble que de très loin à la chorée Minor. J'en ai eu 1876 présenté un fait tout à fait semblable (Société de médecine de Berlin, 18 octobre), dont Westphal a publié l'observation détaillée (Charité Annalen, t. IV, 1879). Depuis lors, j'en ai vu plusieurs cas à quelques détails près. Il est impossible de les ranger dans les catégories connues (chorée d'Huntington — chorée commune — ataxie de Friedreich — myoclonie — chorée électrique etc.); mieux vaut, à l'exemple de Westphal les désigner provisoirement, d'après leurs caractères, sous le nom de *paralysie spasmodique choréiforme*.

Il est évident qu'ailleurs on les a dénommés autrement, surtout

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, revues analytiques.

en tenant compte de l'élément héréditaire. On en rencontre dans le mémoire de Ruprecht sur la *rigidité spasmodique congénitale des membres*, ainsi que dans celui de J. Ross (*paralysie spasmodique de l'enfance*) qui fait notamment. remarquer leur ressemblance avec l'athétose.

M. Oppenheim. — Quand je vis le malade pour la première fois, il y avait une simple contracture des muscles du mollet droit qui déterminait l'abaissement caractéristique de la pointe du pied. Comme il ne s'agissait point d'une contracture paralytique, il y avait lieu de penser à l'hystérie. J'appliquai l'aimant; le petit patient se mit tout aussitôt à marcher en appuyant à terre la plante du pied entière. Mais je ne le tins pas pour guéri. En effet, quelques jours plus tard, la contracture s'était reproduite; les orteils étaient atteints d'athétose à un léger degré. Nos collègues en chirurgie essayèrent de la ténotomie du tendon d'Achille avec application d'un appareil; résultat nul. Je formulai le diagnostic d'athétose avec un point d'interrogation (?). Aujourd'hui, l'obscurité n'est pas dissipée. Mais, M. Sénator appelle, à juste titre, notre attention sur certaines formes de rigidité spasmodique des membres congénitales ou précoces. Parmi ces faits, il y en a un petit nombre témoignant de la simultanéité d'accidents parético-spasmodiques, et choréico-athétosiques. J'en ai vu quelques-uns caractérisés par ce fait qu'il y avait parésie spasmodique des jambes en même temps que les extrémités supérieures étaient affectées d'athétose.

M. Remak qui, lui aussi, a vu l'athétose compliquer la paralysie infantile spasmodique, croit que dans les cas de ce genre, il s'agit de lésions cérébrales organiques congénitales ou se produisant dès la plus tendre enfance, et présentant une marche aiguë, le plus souvent accompagnées de convulsions, mais dont les symptômes rétrocèdent, au moins en partie, le plus ordinairement. Le cas présenté dans l'espèce n'a qu'une vague ressemblance avec ces paralysies spasmodico-choréiques, il s'en distingue notamment par ce point que la contracture et l'athétose se sont d'emblée développées sans aucune paralysie, et cela seulement à l'âge de huit ans.

Séance du 8 *juin* 1891. — Présidence de M. Jolly.

Discussion sur la chorée héréditaire. — M. Bernhardt. Sur 92 choréiques observés par lui (thèse de Gallinck, 1889), dix malades présentaient une tare nerveuse des plus accentuées = 10,8 p. 100; 7,6 p. 100 comptaient dans leurs ascendants des névropathies (épilepsie — nervosisme — maladie de Basedow). Il n'a jamais observé la transmission directe de la chorée des parents aux enfants.

Quant à la *chorée chronique des adultes*, l'orateur a donné ses soins à une dame de quarante ans, célibataire, affectée de cette

maladie depuis l'âge de vingt-sept ans. La malade, très nerveuse, pâle, présentait des mouvements désordonnés, involontaires, de la tête, des extrémités, du tronc. Bien que déprimée, elle avait l'intelligence indemne, la parole saine. Pupilles très larges, égales, réagissant promptement à la lumière, fond de l'œil normal. Déviation en dedans des deux yeux, surtout de l'œil gauche; difficulté à les amener en dehors. Persistance du phénomène du genou; pas de clonus podalique; le pouls, même au repos, dépassait cent pulsations par minute.

Antécédents. Mère anémique, morte de pneumonie à cinquante-neuf ans. Père, encore vivant, épileptique, original accentué. Grand-père paternel épileptique. Cousin paternel (fils de la sœur de son père) épileptique. La malade a eu deux frères et deux sœurs qui ont été atteints de tremblements convulsifs.

M. MEYER. — Il est indispensable de séparer la chorée de l'enfance de la chorée des adultes.

M. JOLLY. — Il suffit pour cela d'employer les termes : aigu ou chronique, en effet il y a des cas de chorée chronique qui ont débuté à l'âge de six, sept, huit, dix ans.

M. SENATOR. Qu'il y ait chorée infantile ou chorée d'Huntington, c'est l'élément spasmodique qui nous intéresse. Chez un garçon de sept ans affecté de mouvements athétoïdes et spasmodiques dans toutes les extrémités, on constatait une sclérose des cordons latéraux, des pyramides jusqu'à la moelle dorsale, et des faisceaux de Goll dans la partie moyenne de la moelle dorsale. Les ascendantes étaient atrophiées. Mais il faut s'attacher à distinguer la chorée infantile et la chorée d'Huntington des syndromes spasmodico-choréiques.

M. LEWIN. *Un cas médico-légal d'inversion du sens génital.* — (Publié dans le *Neurolog. Centralblatt.*)

Discussion : M. MENDEL. — Etablir l'existence d'une psychopathie sexuelle, c'est rétrograder, c'est revenir aux monomanies. Ce qu'il faut examiner, c'est si l'individu atteint d'une perversion de l'instinct sexuel est aliéné ou non. Que d'hommes sont tourmentés par des anomalies du sens génital sans dévoyer, sans commettre d'actes délictueux. Réciproquement, que d'êtres dégradés par leurs passions et leurs habitudes vicieuses devraient, à raison de l'intégrité de leurs facultés, porter la peine de leurs actes immoraux !

M. SANDER. — L'homme de M. Lewin présente de la perversion et non de l'inversion du sens génital, puisqu'il éprouve encore du penchant pour la femme.

M. SENATOR. — La loi défend-elle l'accouplement des femmes entre elles?

M. Lewin. — Elle défend la sodomie et la pédérastie, mais point l'amour lesbien.

M. Moeli. — La perversion génitale tient souvent à des désagréments; on a, par exemple, contracté la gonorrhée et l'on préfère, par mesure d'hygiène, s'abstenir d'aller avec des femmes. Ceci ne s'observe jamais dans l'inversion génitale; en outre on constate chez ces sujets-là des troubles nerveux, de la neurasthénie, du moins chez la plupart d'entre eux, sinon chez tous.

M. Jolly. De même que MM. Mendel et Moeli, je ferai remarquer que la perversion sexuelle n'est pas une maladie mentale quand il n'existe pas de troubles du système nerveux d'un autre ordre ou d'accidents psychiques. Il n'y a pas lieu d'admettre l'existence d'une entité morbide sous le nom de psychopathie sexuelle.

Séance du 13 juillet 1891. — Présidence de M. Jolly.

M. Hirschberg. *Des troubles de la vue par tumeur cérébrale avec présentation de malades.* (Publié dans le *Neurolog. Centralblatt* [1].)

M. Brasch. *Des lésions artérielles dans la syphilis cérébrale avec présentation de malades et préparation.* (Publié dans le *Neurolog. Centralblatt* [2].)

M. Bernhardt complète l'histoire de la *malade affectée de tabès* qu'il a présentée à la Société le 10 novembre 1890 et dont il a publié l'observation dans le *Neurolog. Centralbl.* de 1890 [2]. Cette malade, devenue grosse pour la seconde fois, est heureusement accouchée d'un vigoureux garçon le 11 juin 1891; l'ataxie locomotrice n'a exercé aucune influence désavantageuse sur aucune des phases de la grossesse, du travail, des suites de couches. La patiente est encore ataxique, elle ne peut toujours point marcher dans les ténèbres, il lui est encore très difficile de monter les escaliers. La pupille gauche, très dilatée, plus large que la pupille droite, reste insensible à l'action de la lumière et de l'accommodation, ce qui n'a pas lieu pour la pupille droite. Les douleurs lancinantes ont disparu.

M. Oppenheim. *Contribution au chapitre de la myélite.* (Publié dans la *Berlin. Klin. Wochenschrift.*, 1891, n° 31.)

Séance du 16 novembre 1891. — Présidence de M. Jolly.

M. Sperling présente un malade atteint de *paralysie bilatérale du grand dentelé.* (Publié dans le *Neurolog. Centralblatt* [3].)

[1] Voir aux *Revues analytiques.*
[2] Voir aux *Revues analytiques.*
[3] Voir aux *Revues analytiques.*

Discussion : M. Jolly.— Je pense que le malade en question a plutôt une déviation à droite de la colonne cervicale qu'une *subluxation*.

M. Sperling présente des photographies d'une jeune fille qui, à la suite d'une piqûre dans la région de l'aisselle droite fut atteinte d'une paralysie franche du grand dentelé. L'omoplate ne s'écarte pas forcément du tronc, parce que le muscle trapèze peut, par son segment inférieur maintenir cet os, tandis que par sa partie supérieure, il contribue à l'élévation du bras.

M. Bernhardt communique les *résultats des recherches par lui entreprises à la machine statique* et signale *l'action des courants électriques de cette nature sur l'excitabilité des nerfs et des muscles chez l'individu sain ou malade.*

Les sujets en expérience étant isolés ou non (en ce dernier cas, les réactions étaient atténuées), on les soumet aux étincelles ou à l'action des effluves (décharges obscures) en interposant entre le corps du patient et l'électrode sphérique de 2 centimètres de diamètre les tables de *Franklin*. L'excitation est toujours monopolaire. Dans l'opération des effluves (décharges obscures), le pôle positif est plus actif que le pôle négatif.

Etudions les cas reconnus antérieurement à l'examen galvanique et faradique comme présentant tous les signes de la réaction dégénérative complète ou moyenne. Et notamment les types de paralysies périphériques graves, par exemple de paralysies saturnines, paralysies des nerfs des extrémités supérieures, des nerfs des extrémités inférieures, du facial. Nous constatons que, quand le courant faradique demeure impuissant alors que le courant galvanique direct agit encore mais d'une manière plus lente ou exagérée, on n'obtient aucun résultat ni du faisceau d'étincelles ni des effluves obscures. Un seul cas a fait exception à cette règle ; il s'agissait d'une paralysie traumatique du médian et du cubital ; sous l'influence des étincelles électriques, les muscles se contractèrent lentement en un faisceau des plus nets (réaction dégénérative de Franklin). Quelques autres exemples du même genre pourraient être invoqués, soit à propos d'une grave paralysie radiale traumatique, soit en ce qui concerne une paralysie saturnine des extenseurs, mais c'était plutôt une tendance à la contraction qu'une contraction certaine.

Passons maintenant aux formes moyennes de la réaction dégénérative dont nous rappellerons les caractères. Conservation de l'excitabilité galvanique et faradique indirecte, mais diminuée. — Conservation de l'excitabilité faradique directe avec contraction musculaire rapide. Réaction dégénérative (lenteur de la contraction, inversion de la formule), à l'excitation galvanique directe. — Ce genre de malades soumis aux courants de tension (dé-

charges obscures ou flots d'étincelles) fournissent des contractions toujours rapides. Par conséquent la lenteur de la contractilité musculaire des muscles dégénérés dans la franklinisation ou, en d'autres termes, la réaction dégénérative de Franklin est très rare, même quand la paralysie grave est de date encore récente, quand elle date de trois à quatre semaines.

Chez un malade affecté de maladie de Thomsen, chaque étincelle provoquait de rapides contractions musculaires, mais elles ne duraient pas, elles passaient comme l'éclair, à l'égal des contractions provoquées par le courant d'induction quand on ouvre le courant. Le même résultat avait lieu à l'excitation directe ou indirecte, à la décharge obscure ou à la pluie d'étincelles. En vain accélérait-on la rotation du disque de la machine ; on obtenait bien une succession pressée de contractions, mais les muscles se contractaient isolément par points séparés sans entraîner d'ondes contractiles.

Enfin l'auteur rappelle les cas de névrite multiloculaire qu'il a décrits dans la *Zeitsch. f. Klin Medic.* (t. XVII, *Supplément band*). Les nerfs, même le facial, n'ont jamais été paralysés, et cependant maintenant encore les plus forts courants électriques, faradiques et galvaniques, restent muets, notamment aux extrémités inférieures. Or les effluves obscures provoquent une contraction rapide des muscles tandis que la décharge d'étincelles ne produit rien.

M. Siemerling présente des préparations de *lésions anatomiques dans la paralysie infantile spinale*. Mémoire publié dans les *Archiv. f. Psychiat.*

Séance du 14 décembre 1891. — Présidence de M. Jolly.

Discussion sur les *courants frankliniques ou de tension.*

M. Neisser. — L'électricité statique ne peut avoir de valeur électro-diagnostique. En quelques cas de réaction dégénérative à évolution graduelle, il a vu disparaître d'abord l'excitabilité faradique, puis l'excitabilité statique. Généralement, l'électricité statique fournit les mêmes caractères que l'électricité faradique.

M. Jolly rappelle ses rapports de 1883 sur ce sujet (*Neurol. Centralbl.*). Il ne saurait reconnaître de valeur électro-diagnostique à la franklinisation dans l'examen des nerfs et des muscles dégénérés; mais la valeur thérapeutique en est inappréciable dans l'hystérie, surtout comme agent suggestif. En certains cas de névrite grave, où les autres courants ne sont pas supportés, la franklinisation (vapeur électrique) agit comme palliatif, calme la douleur, mais ne guérit pas.

M. Bernhardt. — Schwanda et, après lui, Eulenburg ont indiqué

l'identité d'action des courants faradiques et frankliniques sur les nerfs et les muscles.

M. Jolly rapporte ses essais au moyen de la *thymacétine*. Nouvel agent chimique de M. L. Hofmann (de Leipzig), étudié par Bœhm. C'est un dérivé du thymol analogue à la phénacétine. Poudre cristalline, difficilement soluble dans l'eau, elle n'a à la dose de 2 grammes pas d'action toxique chez le chien. Dans la migraine, elle n'a réussi qu'une fois sur sept cas. Dans les névralgies céphaliques continuelles ou survenant par accès, elle agit à peu près comme la phénacétine, tantôt promptement et sûrement, tantôt d'une façon passagère ou pas du tout. Dans la céphalée d'origine organique (lésions cérébrales), elle exerce une atténuation parfois remarquable. Chez un tabétique qui présentait des crises gastriques graves et qui, entre parenthèse, prenait encore de la morphine, il y eut action calmante passagère mais on ne put abandonner la morphine. La thymacétine n'a pas agi chez les mophinomanes atteints, à la phase de sevrage, de douleurs dans les extrémités. On dut, dans tous ces cas, administrer de 20 centigrammes à 1 gramme.

Accidents physiologiques : congestions céphaliques; accélération du pouls ; élancements et pesanteur uréthraux ; somnolence.

La thymacétine administrée comme narcotique à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme chez 26 aliénés, paralytiques généraux ou délirants, produisit chez 16 d'entre eux un sommeil satisfaisant à part quelques interruptions, mais moins profond que celui qui succède à l'administration de 2 grammes de chloral.

En résumé, la thymacétine agit comme la phénacétine et autres préparations semblables ; si elle est un peu plus narcotique que la phénacétine, il conviendrait de faire d'autres recherches avant de décider de son degré d'action.

M. Placzek. De l'*association de la paralysie agitante et du tabès dorsal*. — Il s'agit d'un négociant de cinquante-deux ans, atteint de syphilis. Le tabès se manifesta par l'immobilité réflexe des pupilles, la chute des dents, l'impuissance, des douleurs lancinantes, le signe de Romberg, l'incontinence d'urine, le signe de Westphal. Ni ataxie, ni trouble de la sensibilité. La paralysie agitante se révéla par l'immobilité du masque, l'attitude caractéristique de la tête et des mains, les oscillations prononcées des extrémités, un mouvement de propulsion peu marqué du corps, mais un mouvement de rétropulsion très accentué. C'est le tabès qui ouvrit la marche ; la paralysie agitante suivit.

M. Mendel. *Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie de Basedow*. — En 1887, un professeur de quarante-huit ans présentait du goitre, de l'exophtalmie, des palpitations de cœur. Plus tard surviennent des tremblements, de la polydipsie, de la tendance aux sudations. Le 9 octobre 1890, il mourait d'une pleurésie. L'*au-*

topsie ne révéla qu'une atrophie du corps restiforme et du faisceau solitaire droit. Or les expériences de Filehne, Durdufi et Bienfait ont montré qu'en lésant le corps restiforme chez les lapins et les chiens on peut provoquer les symptômes de la maladie de Basedow. (*Archiv f. Psychiat.*, XXIV, 1.) P. KERAVAL.

Séance du 11 janvier 1892. — PRÉSIDENCE DE M. JOLLY.

Discussion sur les *lésions anatomiques dans la paralysie infantile :* M. RISSLER a examiné les pièces de malades atteints de *poliomyélite* chez lesquels les noyaux des nerfs oculo-moteur externe, pneumogastrique, hypoglosse, étaient lésés. La mort était survenue dans la première semaine au moment où la maladie avait atteint sa phase d'acnée, mais il ne s'agissait pas de poliomyélite purement spinale.

Discussion sur l'*anatomie pathologique de la maladie de Basedow :* M. SIEMERLING a fait l'autopsie du malade présenté en décembre 1887 par M. Oppenheim (maladie de Basedow compliquée de maladie d'Addison). Les corps restiformes étaient intacts, il y avait des hémorrhagies dans les noyaux du pneumogastrique et de l'hypoglosse ; le grand sympathique présentait une dégénérescence manifeste.

M. KŒPPEN dans un cas de maladie de Basedow a trouvé une légère rougeur dans la substance grise, rien de plus.

M. GOLDSCHEIDER a trouvé simplement en pareil cas une différence de coloration des deux sympathiques ; il n'y avait pas de lésion des pneumogastriques ni des corps restiformes. Dans un autre cas il n'y avait aucune anomalie.

M. OPPENHEIM. Mes remarques ne contrecarrent pas les résultats obtenus par M. Mendel. Je me fonde sur la même méthode de démonstration (au moyen de l'appareil de projection) pour présenter quelques observations. Ainsi je ne crois pas que les anomalies mentionnées soient réelles. Peut-être sont-ce des altérations trop minimes pour apparaître sans conteste. Peut-être la méthode de démonstration est-elle vicieuse. Peut-être n'ai-je pas assez l'habitude de cet appareil dont je ne me sers pas d'habitude. Quoi qu'il en soit dans l'espèce, j'ai quelquefois rencontré dans le tabes une atrophie du faisceau solitaire, quelquefois aussi l'atrophie du corps restiforme. Mais il n'y avait pas en ce cas de phénomènes ressortissant à la maladie de Basedow, ou bien il se présentait isolément de la tachycardie, des crises laryngées, de la dyspnée.

M. MENDEL. L'appareil de projection pour démonstration ne convient pas aux fins détails d'histologie.

M. Oppenheim. La petitesse du faiscoau solitaire d'un *côté* ne prouve pas qu'il y ait atrophie. En effet, ce faisceau se compose de substance blanche et de substance grise dont les rapports entre elles sont quantitativement très variables; si, d'un côté, la substance grise concomitante est plus développée, la méthode de coloration de Weigert (à l'hématoxyline) fait paraître le faisceau (la partie colorée en noir) plus petit que celui de l'autre côté. J'ai dans ma collection une série de préparations normales dans lesquelles cette différence ressort vivement.

M. Mendel. Il faut pratiquer les coupes de façon que les deux côtés soient à la même hauteur.

M. Oppenheim. Evidemment, il ne s'agit point de coupes obliques, il s'agit de coupes absolument symétriques pratiquées à travers le bulbe.

M. Jolly. L'appareil de projection convient quand on veut montrer à un grand nombre d'auditeurs et de spectateurs à la fois des altérations nettes.

M. Leyden. *De la myélite chronique et des lésions systématiques de la moelle.* Entre la sclérose, la dégénérescence grise et le tissu granulo-graisseux secondaire, il n'y a aucune différence au fond. Ces trois formes sont de la sclérose. C'est l'atrophie des fibres nerveuses à myéline qui est le phénomène principal, la multiplication consécutive du tissu interstitiel, celle des cellules de Deiters, la genèse de corps amylacés et de cellules granulo-graisseuses, la dégénérescence des vaisseaux sont constants et d'importance subordonnée.

Ce qui est spécial à la pathologie de la moelle, c'est la dégénérescence en cordons, en bandes. Le processus anatomique du tabes se propage suivant la fonction des fibres nerveuses, il n'a rien à voir avec un processus d'inflammation interstitiel. M. Vulpian avait distingué deux espèces de processus dans la moelle ceux qui s'étendent en suivant les tissus et ceux qui s'orientent d'après la fonction physiologique ; ces derniers, Vulpian les appelait *lésions systématiques*. Telle est la naissance des lésions systématiques de la moelle. Tout autre processus scléreux appartient à la *myélite chronique*. On constate d'ailleurs que toute espèce d'altération myélitique, même quand elle revêt le masque de myélite aiguë, laisse après elle au delà de plusieurs années, un processus scléreux. Chez le chien, la myélite artificielle aiguë prend, après une durée de dix mois, un aspect scléreux.

La clinique vient à l'appui de cette opinion. La myélite chronique est une maladie *suffisamment* caractérisée au lit du malade ; il n'y a pas à s'y tromper. Eh bien ! en pareil cas, l'autopsie révèle l'existence de lésions scléreuses. D'autre part, la sclérose dans la moelle se propage exactement comme la myélite aiguë; à l'état

de foyer scléreux — sous la forme multiloculaire et disséminée — sous la forme diffuse, à son tour en rapport avec les lésions systématiques.

En ce qui regarde les *lésions systématiques*, elles reposent sur un édifice dogmatique qui va plus loin que la constatation scientifique des faits ; on en a tiré un schéma artificiel des maladies de la moelle, on a sacrifié la clinique à l'analyse anatomique des états cadavériques et l'on a rejeté presque complètement la myélite chronique.

L'étude des observations des malades montre qu'il n'y a que deux maladies qui doivent être désignées sous le nom d'affections systématiques de la moelle.

Ce sont : *a* le tabès; *b* l'atrophie musculaire spinale progressive et la paralysie bulbaire, qui correspondent à la notion de la fonction physiologique.

Les observations communiquées sous le nom d'affections systématiques combinées appartiennent soit au tabes dorsal, soit à la myélite chronique diffuse, qui correspondent au tableau morbide de la paralysie spinale spasmodique.

Mais la maladie de Friedreich est une espèce à part de maladie de la moelle.

Enfin la maladie de Morvan (syringomyélie) est une cinquième forme des affections chroniques de la moelle.

Séance du 8 *février* 1892.

Consacrée à la fête anniversaire de la fondation de la Société qui date aujourd'hui de vingt-cinq ans, cette séance s'ouvre par l'historique de cette création due à l'initiative de Griesinger et de Croner, Ehrenhaus, Jastrowitz, Lœhr. Mendel, W. Sander survivants et présents à la réunion. A Griesinger succéda C. Westphal, qui pendant vingt-un ans, jusqu'à sa mort, conduisit les débats. Sander, successeur de Westphal mourait, à son tour. Jolly président actuel, exalte les mérites des maîtres et du corps savant qui au début portait le nom de société médico-psychologique de Berlin. (*Arch. f. Psychiat.*, XXIV, 1.) P. KERAVAL.

CORRESPONDANCE.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF,

Vous m'avez demandé de résumer pour les *Archives* les principales communications qui ont été faites au congrès de Londres. Je l'aurais fait très volontiers, mais je viens de publier dans un autre recueil un compte rendu assez complet de ce congrès [1] et il m'est impossible de le reproduire. Je désire seulement signaler aux lecteurs des *Archives* quelques communications qui ont un réel intérêt pour leurs études. Ils les trouveront dans un ouvrage qui paraîtra prochainement et qui réunira les travaux du congrès. Au moment de l'Exposition de 1889, la Société de psychologie physiologique de Paris a organisé le premier congrès de ce genre, lequel s'est réuni au mois d'août, à l'Ecole de médecine. L'expérience acquise n'a pas été perdue et le deuxième congrès de psychologie, qui s'est réuni à Londres, le 1er août 1892, sous la présidence de M. le professeur Sidgwick, a prouvé, par un succès éclatant, la vitalité de notre nouvelle science.

Le président, M. Sigwick, professeur de philosophie, à Cambrigde, les deux secrétaires, M. F. W.-H. Myers et M. James Sully, les membres de la Society for psychical researche ont consacré un travail considérable à préparer le congrès dans ses moindres détails. Ils ont rendu faciles et intéressantes les discussions, et en même temps, ils n'ont rien oublié de ce qui pouvait rendre agréables à leurs hôtes leur séjour en Angleterre.

Le congrès s'est réuni, le lundi 1er août et les trois jours suivants, dans les salles de l'University College, obligeamment prêtées par le directeur, et nous avons été agréablement surpris en voyant le nombre considérable de personnes, appartenant à tous les pays, qui étaient réunies, le premier jour, pour écouter le discours de bienvenue du président. Le nombre total des membres du congrès a été a peu près de 300. La plupart des médecins neurologistes et psychologues anglais, beaucoup de médecins et de professeurs

[1] *Le Congrès international de psychologie expérimentale.* (*Revue générale des sciences pures et appliquées,* dirigée par M. L. Olivier, 15 septembre 1892, p. 609.)

étrangers, appartenant à tous les pays, sont venus assister à ces réunions. L'abondance des communications rendit nécessaire une division en sections, l'une consacrée plus spécialement à la neurologie et à la psycho-physique, l'autre à l'étude de l'hypnotisme et des notions connexes. Mais, le plus souvent, l'après-midi était occupée par une réunion générale où l'on discutait des questions moins spéciales.

Comme nous ne pouvons suivre dans leurs travaux ces différentes sections, il nous paraît utile de grouper les communications suivant la nature des problèmes afin d'indiquer les diverses directions suivies dans les recherches de psychologie expérimentale. Pour des raisons que nous avons indiquées dans notre travail précédent, on peut distinguer les quatre classes suivantes : 1° psychologie descriptive; 2° psychologie physiologique; 3° psychologie mathématique; 4° psychologie pathologique ou psychiatrie.

1° *Psychologie descriptive.* — Nous donnons ce nom faute d'un meilleur à l'étude des esprits normaux, soit que le psychologue essaie de la faire sur lui-même au moyen de la conscience, soit qu'il observe les autres hommes, sans user d'instruments ou de procédés spéciaux. M. le professeur Alexandre Dain a précisément exposé au congrès la différence de ses deux méthodes, leur rôle et leurs limites. M. Charles Richet nous a fait entrevoir l'*avenir des études psychologiques* fondées désormais sur les méthodes scientifiques. M. Beaunis a envoyé une note sur les *questionnaires individuels*. Il propose un plan d'études pour décrire complètement un individu, analogue aux questionnaires de M. Bourneville, en usage à Bicêtre pour l'examen des idiots. Le professeur M. Lange, d'Odessa, insiste sur une *loi de la perception*. Ce phénomène passerait par divers moments successifs avant d'être complet. M. le professeur Ribot a envoyé une note résumant ses travaux récents sur *les idées générales ;* le Dr Newbold expose *les caractères et les conditions les plus simples de la croyance;* le professeur Badwin, de l'université de Toronto cherche à déterminer les rapports entre *la suggestion et la volonté*, il décrit la suggestion comme un fait primitif dont la volonté ne serait que le développement; M. le Dr Wallescheck lit une communication fort curieuse sur une petite question d'esthétique qui se rattache de près à la psychologie : l'*effet de la sélection naturelle sur le développement de la musique*. Le Dr Gruber a communiqué au congrès ses nouvelles recherches sur l'*audition colorée*. Enfin, le professeur Lloyd Morgan *montre les limites de l'intelligence animale*, bornée aux opérations mécaniques et inférieures.

2° *Psychologie physiologique.* — La recherche des localisations cérébrales a été l'objet de communications très importantes qu'il sera nécessaire de connaître pour connaître pour discuter cette question. Le professeur Horsley a montré les incertitudes qui existent encore quand on cherche *à localiser avec précision les mouve-*

ments et les sensations corrélatives. Le Dr W. B. Ransom a rapporté une observation d'*épilepsie jacksonienne* et certaines expériences dans lesquelles l'électrisation de l'écorce fut faite après la trépanation. Les résultats de ces expériences, qui ont rarement pu être faites sur l'homme ont été des plus nets pour la théorie des localisations. Le Dr A.-D. Waller a lu un grand travail sur les *fonctions attribuées à l'écorce cérébrale:* il insiste surtout sur le mélange et la dépendance mutuelle des fonctions sensorielles et motrices, il veut que le rôle de chaque point de l'écorce soit sensorio-moteur. Il est curieux de remarquer que les études de psychologie expérimentale sont souvent arrivées par une autre voie à une conclusion identique, c'est que les phénomènes de sensation et les phénomènes de mouvement sont inséparables.

Le professeur A. Schœfer rapporte ses recherches expérimentales sur les *fonctions des lobes préfrontaux*. Si sans enlever les parties du cerveau, on se contente de sectionner complètement les connexions de ces lobes avec le reste de l'encéphale, on ne constate par la suite aucun trouble appréciable dans l'attitude de l'animal.

Le Dr H. Doneldson présente la description du cerveau d'une personne célèbre dans l'histoire de la psychologie, *Laura Bridgmen, aveugle, sourde et muette*. Certains points de l'écorce étaient notablement frappés d'atrophie, ils correspondent aux centres admis pour les sens qui manquaient à la malade.

Le Dr S. E. Hanschen, d'Upsals, a étudié *les voies suivies par les impressions visuelles et le centre visuel*, il localise ce centre avec une grande précision dans l'écorce de la scissure calcarine.

Le Dr H. Hebbinghaus, de Berlin, résume et discute les dernières études sur la théorie de *la vision des couleurs;* une dame, Mrs Ladd Francklin, présente une autre étude sur le même sujet. Le Dr E.-B. Titchener, de Leipsig, montre *les effets binoculaires d'excitations monoculaires*. M. Binet a envoyé une courte note sur *les nerfs des ailes chez quelques insectes*. Le Dr Verriest, de Louvain, explique le *rythme* de certaines pensées et de certaines paroles et le rattachent au fonctionnement rythmé de certains organes.

Je n'insisterai pas sur *la psychologie mathématique*, qui cherche à imposer aux phénomènes de pensée l'ordre et la mesure numériques. Le professeur Hymens explique la loi de Wéber au phénomène de *l'inhibition des représentations*, le Dr Mendelssohn, de Saint-Pétersbourg applique une loi de Fechner, dite *la loi parallèle*, aux modifications pathologiques de la sensibilité. Le professeur W. Tschisch, de Dorpat, étudie *le rapport entre l'étendue de la perception et le temps de la réaction*. Le Dr A. Lehmann fait connaître les résultats de ses recherches expérimentales sur *le rapport entre la respiration et l'attention*. Le professeur H. Umensterberg expose quelques expériences sur *les modifications des mouvements dans les émotions*. Citons également le travail du professeur M. Preyer (d'Iéna), sur *l'ori-*

gine des notions de nombre et l'étude du Dr Lightner sur *la valeur esthétique des proportions mathématiques des figures simples.*

4° *Psychologie pathologique, psychiatrie.* — M. Lombroso a envoyé au congrès une étude sur *la sensibilité des femmes*, normales, aliénées et criminelles, le Dr Goldscheider, des recherches sur *le sens musculaire des aveugles*; le Dr Bernheim a lu une étude sur *l'amaurose unilatérale des hystériques.* M. F. W. Myers, l'un des membres les plus actifs de la Société des recherches psychiques et l'un des organisateurs du congrès, a décrit un phénomène assez curieux, que je considère comme un trouble de l'attention. Certaines personnes ne peuvent fixer longtemps une surface éclairée et brillante sans voir une véritable *hallucination visuelle* se dessiner sur la surface vide qu'elles regardent. C'est là un phénomène analogue à l'écriture automatique, des médiums et il peut servir de la même manière à pénétrer plus profondément dans l'analyse de certains phénomènes subconscients dont le sujet lui-même ne se rend pas compte.

Les hallucinations naturelles ont été l'objet, en Angleterre, d'un grand travail. La Société des recherches psychiques a entrepris depuis quèlques années de dresser une *statistique des hallucinations*, en notant le nombre des hallucinés que l'on pouvait rencontrer parmi les personnes saines ou prétendues telles. Plus de 17.000 réponses ont été dépouillées et les résultats de ce long travail ont été présentés au congrès par M. Sidgwick et par M. Marillier. 9,9 sur 100 personnes seulement ont donné une réponse affirmative. En un mot, cette enquête a fourni une riche collectien de matériaux qu'il sera nécessaire d'utiliser pour l'étude des hallucinations mais qu'il faudra savoir interpréter.

M. Liégeois a présenté une *étude médico-légale* sur Mme Weiss, l'empoisonneuse d'Aïn-Fezza. M. Hibig a montré comment dans bien des cas les *attaques naturelles de sommeil* peuvent être modifiées puis supprimées par la suggestion hypnotique. MM. Liébault et Liégeois ont raconté l'histoire d'*une monomanie du suicide guérie par suggestion* pendant le sommeil provoqué. M. Bérillon a exposé les *applications de la suggestion hypnotique à l'éducation* et M. Van Eeden a parlé de la *théorie de la psycho-thérapeutique* d'une manière plus générale. Enfin, j'ai présenté moi-même au Congrès une étude sur *quelques cas d'annésie antérograde dans la maladie de la désagrégation psychologique.*

La psychologie transcendantale, comme disait justement M, Ch. Richet, a tenu peu de place dans les discussions du Congrès; il serait injuste cependant d'oublier ces spéculations un peu aventureuses peut-être qui cherchent à ouvrir des voies nouvelles pour les recherches futures. M. Delbeuf nous parle d'une *faculté inconnue d'apprécier le temps* qui existerait chez les somnambules et MM. H. Sedgwick nous a rapporté les résultats des dernières recherches sur la *suggestion mentale.*

Ces indications, si incomplètes, indiquent seulement le nombre et la variété des travaux qui ont été présentés au Congrès et peuvent encourager quelques chercheurs à lire les travaux eux-mêmes dont beaucoup sont indispensables à connaître pour suivre les progrès de la psychologie expérimentale. Pierre JANET.

BIBLIOGRAPHIE

XII. *Du mal perforant*; par le Dr H. BERNARD. (Extrait du *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, Rennes, 1892.)

L'auteur trace successivement, guidé par une heureuse sélection qui le fait ne tenir compte que des données les mieux établies par ses devanciers, l'historique, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et l'étiologie du mal perforant. Il lui reconnaît deux grandes causes au point de vue pathogénique : les dégénérations nerveuses et la compression mécanique. Ce sont là, à son avis, les processus qui, combinés à doses variables, méritent d'être rendus responsables de l'apparition du mal. Un nombre respectable d'observations personnelles et originales, donnent aux opinions très judicieuses qu'il est conduit à émettre une importance incontestable. Il s'agit en somme là d'une excellente monographie du mal perforant, très digne du prix Portal que lui a décerné l'Académie de médecine, et qui sera consultée avec fruit par les observateurs qui s'intéressent à cette question. Paul BLOCQ.

XIII. *Thérapeutique psychique* ou *Traitement par l'hypnotisme et la suggestion*; par C. LLYOD TUCKEY, traduit de l'anglais par J.-P. DAVID. (Paris, 1893. Société d'éditions scientifiques.)

Ce petit livre est gracieusement dédié au Dr Liébeault (de Nancy), en admiration de son génie. Dans l'esprit de son auteur il est destiné à vulgariser la thérapeutique suggestive dans la pratique de nos confrères anglais, en en donnant la technique et les indications. A cet égard il nous paraît parfaitement remplir le but auquel il est destiné ; mais en France nous possédons semble-t-il des livres analogues en nombre suffisant, pour qu'il nous paraisse que cette traduction soit au moins superflue. Ce n'est pas que nous ne lui reconnaissions certaines qualités, l'enthousiasme et la foi, bien que celles-ci soient plutôt celles d'œuvres de propagande, que d'ouvrages scientifiques, mais nous n'y trouvons rien que nous aient répété maintes fois les hypnotiseurs de Nancy. Paul BLOCQ.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — *Nominations et mutations.* — M. le Dr Calès, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Bordeaux, est promu à la classe exceptionnelle. — M. le Dr Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans, est promu à la classe exceptionnelle (arrêté du 1er septembre). — M. le Dr Germa, médecin adjoint à l'asile Saint-Yon, est nommé directeur médecin à l'asile Saint-Luc en remplacement de M. le Dr Reverchon, retraité. — M. le Dr Pichenaud, médecin adjoint de l'asile d'Auxerre, est nommé médecin en chef de l'asile de Montdevergues, en remplacement de M. le Dr Campagne, retraité (arrêté du 16 septembre). — M. le Dr Gilbert-Martin, médecin adjoint de l'asile d'Alençon, est nommé en la même qualité à Saint-Gemmes, en remplacement de M. le Dr Toulouse, non acceptant (arrêté du 27 septembre). — M. le Dr Toulouse, médecin adjoint à l'asile Saint-Yon est maintenu dans la deuxième classe (arrêté du 30 septembre). — M. le Dr Vigouroux, est nommé médecin adjoint à l'asile d'Evreux, en remplacement de M. le Dr Marie, nommé à Odin-sur-Oron. — M. le Dr Levoff est nommé médecin adjoint à l'asile d'Auxerre en remplacement de M. le Dr Pichenaud, nommé à MontdeVergues (arrêté du 31 octobre). — M. le Dr Anglade, interne à l'asile de Bordeaux, est nommé médecin adjoint à Bazas, en remplacement de M. le Dr Parel, décédé, (arrêté du 11 novembre).

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par arrêté ministériel, en date du 30 août 1892, rendu sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique : M. le Dr Marandon de Montyel, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, est promu à la classe exceptionnelle du cadre. Cette décision recevra son effet à partir du 1er juillet 1892, M. Marandon de Montyel recevra, en conséquence, à partir de la date ci-dessus, outre les avantages en nature dans l'établissement qui lui ont été précédemment accordés, le traitement de 8,000 francs déterminé par le décret du 4 février 1875.

Par arrêté ministériel, en date du 30 août 1892, rendu sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques : M. le Dr Dagonet, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Sainte-Anne, est promu à la classe exceptionnelle du cadre. Cette décision recevra son effet à partir du 1er juillet 1892. M. le Dr Dagonet

recevra, en conséquence, à partir de la date ci-dessus, outre les avantages en nature dans l'établissement qui lui ont été précédemment accordés, le traitement de 4,000 francs déterminé par le décret du 4 février 1875.

Par arrêté ministériel, en date du 30 août 1892, rendu sur le rapport du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, M. Balet, directeur de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, est promu à la deuxième classe du cadre. Cette décision recevra son effet du 1er juillet 1892. M. Balet recevra en conséquence, à partir de la date ci-dessus, outre les avantages en nature dans l'établissement, qui lui ont été précédemment accordés, le traitement de 6000 francs déterminé par les décrets de 5 juin 1863 et 4 février 1875.

Maison nationale de Charenton.— Un concours pour l'internat en médecine aura lieu le 5 décembre prochain.

Asile Saint-Yon (Seine-Inférieure).— Une place d'interne en médecine est vacante à l'asile d'aliénés de Saint-Yon, près Rouen. Les candidats doivent produire un certificat de scolarité. Aux termes du règlement, on exige dix inscriptions et vingt et un ans d'âge. Les internes sont nommés pour trois ans et leur traitement est de 700 francs la première année, 800 la deuxième et 900 la troisième. Ils sont logés et nourris à l'asile. Il y a trois internes à l'asile Saint-Yon (femmes), et deux à l'asile Quatre-Mares (hommes). Etablissement limitrophe.

Nécrologie.— M. le Dr Dahnardt, privat-docent de neurologie à la faculté de médecine de Kiel. — M. le Dr Paret (Louis), médecin adjoint de l'asile de Bassens. — M. le Dr Onanoff, vient de succomber, à Varsovie, d'une attaque de choléra. M. Onanoff, qui a longtemps travaillé à la Salpêtrière, était bien connu des neuropathologistes tant français qu'étrangers. On lui doit un certain nombre de travaux importants parmi lesquels nous trouverons à citer des recherches sur *la déformation du crâne chez les myopathiques* (en collabaration avec M. Pierre Marie), sur *le rapport qui existe entre le développement des muscles et leur envahissement par l'atrophie myopathique* (en collaboration avec M. Babinski; *le réflexe bulbo-caverneux*; etc., etc. Cette perte est vivement ressentie en particulier à la Salpêtrière, où M. Onanoff ne s'était fait que des amis.

Georges Guinon et J.-B. Charcot.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Blocq (P.). — *Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses.* Volume in-12, cartonné de 176 pages, avec 21 figures. Bibliothèque Charcot-Debove. Rueff, éditeur. — Prix : 3 fr. 50.

Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* Compte rendu du service des enfants idiots épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1890, avec la collaboration de MM. Camescasse, Isch-Wall, Morax, Raoult, Séglas et Sollier, 1 fort volume de LX-240 pages, avec 16 figures et 10 planches. Tome XI de la série.— Prix : 6 fr.; pour nos abonnés, prix : 4 fr. Aux bureaux du *Progrès médical.*

Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'hystérie et l'idiotie.* Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1891, avec la collaboration de MM. Banzet, Isch-Wall, Raoult, R. Sorel et P. Sollier. Volume in-8° de CVIII-144 pages, avec 2 planches et 13 figures. Tome XII de la série. — Prix : 5 fr. pour nos abonnés, 3 fr. 50. Aux bureaux du *Progrès médical.*

Chapman (J.). — *Résumé d'une communication sur l'origine nerveuse des maladies et de leur traitement efficace par l'action directe sur le système nerveux,* faite à l'Académie de médecine de Paris, le 14 juin 1892. Brochure in-8° de 16 pages. — Paris, 1892. — Asselin et Houzeau.

Chapman (J.). — *Le traitement efficace de la diarrhée et du choléra.* Brochure in-8° de 4 pages. — Paris, 1892. — Chez l'auteur, 31, avenue de l'Opéra.

Chapman (J.). — *L'origine nerveuse des maladies et leur traitement efficace par l'action directe sur le système nerveux.* Brochure in-8° de 16 pages. — Paris, 1892. Asselin et Houzeau.

Charcot (J.-M.). — *Leçons du mardi à la Salpêtrière.* Notes de cours de MM. Blin, Charcot et Colin, *Seconde* édition, 1 vol. in-4° de 502 pages, avec 101 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, 1892. — Aux bureaux du *Progrès médical.* Pour les abonnés des *Archives*, 16 fr.

Charcot (J.-M.). — *Clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière.* Leçons du professeur, mémoires, notes et observations des années scolaires 1889-90 et 1890-91, publiés sous la direction de Georges Guinon, chef de clinique, avec la collaboration de MM. Gilles de la Tourette, Blocq, Huet, Parmentier, Souques, Hallion, J.-B. Charcot et Meige. Tome Ier. — Un beau volume de 468 pages, avec 47 figures et 3 planches. — Prix : 12 fr. — Aux bureaux du *Progrès médical.* Pour les abonnés des *Archives*, 8 fr.

Colella (R.). — *La alterazioni dei nervi periferici nella paralisi generale progressiva in rapporto con i loro nuclei centrali di origine.* Volume in-4° de 88 pages, avec une planche hors texte. — Napoli, 1891. — Tipografica A. Tocco e C°.

Colella (R.). — *La paralisi spinale atrofica infantile in rapporto con i centri corticali motori del cervello e con i movimenti associati.* Brochure de 78 pages, avec 4 planches hors texte. — Napoli, 1889. — Tipografico Nicola Joven e C°.

COLELLA (R.). — *Contributa alla filosofia dei lobri pre-frontali del cervello e alla chirurgia cerebrale.* Volume in-8° de 118 pages, avec 2 planches hors texte. — Napoli, 1890. — Tipografico dell' Unione.

COLELLA (R.). — *Sulla degenerazione e sulla reginerazione dei gangli del sistema nervoso simpatico.* (*Nota preventiva*). Brochure in-8° de 22 pages, avec une planche hors texte. — Napoli, 1891. — Detken editore.

COLELLA (R.) e STANZIALE (R.). — *Ricerche istologiche e batterioscopiche sul sistema nervoso centrale periferico nella lepra.* Brochure in-8° de 43 pages, avec une planche hors-texte. — Napoli, 1890. — Tipografico A. Tocco.

CULLERRE (A.). — *De la transfusion nerveuse chez les aliénés.* Brochure n-8° de 15 pages. — Paris, 1892. — Typographie A. Davy.

DERVILLE et GUERMONPREZ. — *Sarcome à petites cellules de l'avant-bras droit.* Brochure in-8° de 4 pages. — Lille, 1892. — Librairie Quarré.

DERVILLE et GUERMONPREZ. — *Papillome des raffineurs de pétrole.* Deux brochures in-8° de 38 pages. — Lille, 1892. — Librairie Quarré.

GEASSET et CASTAR. — *Un cas de pseudo-tabès post-infectieux.* — *Paralysie symétrique post-érisypélateuse du tibial antérieur.* Brochure in-8° de 27 pages.— Montpellier, 1892. —Typographie et lithographie Ch. Bochm.

GRASSET et GUIBERT (H.). — *Un cas de maladie de Morvan.* Brochure in-8° de 26 pages. — Paris, 1892. — G. Masson.

GRASSET et CASTAN. — *Des associations hystéro-organiques. Un cas de sclérose en plaques et hystérie associées avec autopsie.* Brochure in-8° de 28 pages, avec deux planches hors texte. — Montpellier, 1892. — Typographie Ch. Bochm.

GUERMONPREZ. — *Autoplastie de la main par desossement d'un doigt.* Brochure in-8° de 10 planches. — Lille, 1892. — Librairie Quarré.

GUERMONPREZ. — *Un cas de suture du poumon.* Brochure in-8° de 7 pages, avec 2 figures. — Lille. 1892. — Librairie Quarré.

GUERMONPREZ.— *Gangrène du pouce.* (*Amputation partielle, résultats.*) Brochure in-8° de 4 pages. — Lille, 1892. — Quarré.

GUERMONPREZ. — *Note complémentaire sur l'usage chirurgical du crin de Florence.* Brochure in-8° de 6 pages. — Lille, 1892. — Quarré.

GUERMONPREZ. — *Luxation métacarpo-phalangienne du pouce droit en arrière, réduction très laborieuse.* Brochure in-8° de 15 pages, avec 12 figures. — Lille, 1892. — L. Quarré.

GUERMONPREZ. — *Résection partielle des deux os de l'avant-bras droit après les traumatismes graves limités aux parties molles.* Brochure in-8° de 36 pages, avec 34 figures. — Lille, 1891, — L. Quarré.

GUERMONPREZ. — *Une erreur de sexe avec ses conséquences.* Brochure in-8° de 32 pages, avec 7 figures. — Lille, 1892. — L. Quarré.

GUERMONPREZ et AUGIER. — *L'actinonycose en Flandre.* Brochure in-8° de 26 pages, avec 4 figures et une planche. — Lille, 1892. — L. Quarré.

GUERMONPREZ et COCHERIL. — *Deux opérations d'épithélioma au pavillon de l'oreille suivies d'autoplastie.* Brochure in-8° de 11 pages, avec 7 figures. — Lille. 1892. — L. Quarré.

GUERMONPREZ et DUVAH. — *Hystérectomie abdominale totale.* Brochure in-8° de 36 pages. — Lille, 1892. — L. Quarré

GUERMONPREZ. — *De l'abus de l'opération de Battey ou de Tait.* Brochure in-8° de 6 pages. — Lille, 1892. — L. Quarré.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Fig. 1. — *Foyer de ramollissement jaune*, occupant le pied de la troisième circonvolution frontale gauche.

Fig. 2. — *Foyer de ramollissement plus récent*, de l'hémisphère droit.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 1192.

